

Univerzita Karlova v Praze
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie

Studijní obor: Demografie



Bc. Hana Nerušilová

Dlouhodobá péče o seniory v České republice a evropských zemích v kontextu
demografického stárnutí

Long-Term Care for the elderly in the Czech Republic and European countries
in the context of demographic ageing

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 18. 8. 2014

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala především prof. RNDr. Jitce Rychtařkové, CSc. za odborné vedení této diplomové práce a čas, který mi věnovala při jejích konzultacích. Dále děkuji Mgr. Petru Wijovi, Ph.D. za jeho ochotu a poskytnutí cenných informací. Velké díky patří také nejbližšímu okruhu rodiny a přátel za jejich neutuchající morální podporu a trpělivost.

Dlouhodobá péče o seniory v České republice a evropských zemích v kontextu demografického stárnutí

Abstrakt

Dlouhodobá péče představuje škálu služeb potřebných pro osoby se sníženou funkční kapacitou – soběstačností, v jejímž důsledku jsou dlouhodobě závislé na pomoci ve všedních aktivitách každodenního života. Osobní péče je často poskytována současně se základními zdravotními službami a pomocnými sociálními službami. Dlouhodobá péče může být poskytována v institucionálním nebo domácím prostředí – neformálními (neplacenými) nebo formálními poskytovateli. EU prohlásila, že DP představuje jednu z hlavních výzev spojených s probíhajícími demografickými změnami. Hlavní cíl práce spočívá ve zmapování poskytování DP napříč evropskými zeměmi. Zvláštní pozornost byla věnována zabezpečení péče v Česku, kde se nejasnosti spojené s kompetencemi (rozdělenými mezi Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví), financováním i definováním obsahu této péče v poslední době staly poměrně častým předmětem veřejných debat.

Klíčová slova: demografické stárnutí, dlouhodobá péče, zdravotní a sociální služby, domácí péče, Česko, mezinárodní srovnání

Long-Term Care for the Elderly in the Czech Republic and European countries in the context of demographic ageing

Abstract

Long-term care refers to the range of services required by persons suffering from a reduced degree of functional capacity and who are dependent on help with activities of daily living. These services include personal care as well as medical and social services. LTC could be provided either in institutional settings or at home – by informal (unpaid) or formal providers. European Union has declared that LTC represents one of the main challenges connected with the current demographic changes. The main aim of this thesis is to provide a picture of LTC providing across European countries. Special attention was placed on ensuring care for the elderly in Czechia, where ambiguities about responsibilities (which are divided between The Ministry of Labour and Social Affairs and and The Ministry of Health), financing or even defining the content of this care have recently become quite frequent subjects of public debates.

Keywords: demographic ageing, long-term care, health and social services, home care, Czechia, international comparison

OBSAH

Přehled použitých zkratk	7
Seznam tabulek a obrázků	8
1 Úvod	11
2 Přehled zdrojů a metodika	13
2.1 Zdroje dat	14
2.2 Metodika	16
2.2.1 Naděje dožití bez disability	16
2.2.2 Logistická regrese	18
3 Péče o seniory	20
3.1 Historie péče o staré a nemohoucí	20
3.2 Současné trendy v péči o seniory	22
3.3 Vymezení dlouhodobé péče a jejích forem	23
3.3.1 Domácí péče	24
3.3.2 Neformální domácí péče	26
3.3.3 Ústavní péče.....	28
3.3.4 Vztah formální a neformální péče	29
4 Sociodemografické aspekty dlouhodobé péče	31
4.1 Rostoucí význam seniorů v evropských populacích	31
4.2 Zdravotní stav seniorů.....	37
4.2.1 Disabilita a délka života ve zdraví na základě šetření SHARE	39
4.3 Ostatní sociodemografické souvislosti dlouhodobé péče	45
4.3.1 Rodina seniora	45
4.3.2 Bydlení seniorů.....	46
4.3.3 Ideální způsob zajištění péče pro nemohoucí rodiče	51
5 Péče o seniory v České republice	55
5.1 Zdravotní péče o seniory	57
5.2 Sociální péče o seniory	62
5.2.1 Příspěvek na péči	63
5.2.2 Služby sociální péče.....	66
5.3 Podpora neformálních pečovatелů	74
5.4 Odhad příjemců dlouhodobé péče	74

5.4 Místo úmrtí	78
5.4 Problémy spojené s poskytováním dlouhodobé péče	79
6 Dlouhodobá péče v evropských zemích	83
6.1 Rozdílné podmínky pro zajištění péče.....	83
6.1.1 Příjemci dlouhodobé péče.....	84
6.1.2 Pracovníci v sektoru dlouhodobé péče.....	87
6.1.3 Financování dlouhodobé péče.....	89
6.1.4 Zkušenosti se službami dlouhodobé péče.....	92
6.1.4 Podpora poskytovaná neformálním pečovateli.....	94
6.2 Domácí péče z pohledu výběrového šetření SHARE	97
6.2.1 Pomoc poskytovaná osobami mimo domácnost seniora	98
6.2.2 Pomoc poskytovaná osobami v rámci domácnosti seniora.....	106
Závěr	109
Seznam použité literatury.....	112
Přílohy.....	124

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living – základní (bazální) aktivity denního života
DFLE	Disability-Free Life Expectancy (naděje dožití bez disability)
DP	dlouhodobá péče
DPS	domovy pro seniory
DZP	domácí zdravotní péče
DZR	domovy se zvláštním režimem
EHEMU	European Health Expectancy Monitoring Unit
EU	European Union (Evropská unie)
EU27	skupina 27 členských zemí EU (stav ke konci roku 2012)
Eurostat	Statistical Office of the European Commission (statistický úřad EU)
GALI	Global Activity Limitation Index
HLY	Healthy life years – délka života ve zdraví (=naděje dožití bez disability)
HDP	Hrubý domácí produkt
IADL	Instrumental Activities of Daily Living – Instrumentální aktivity denního života
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LE	Life Expectancy (naděje dožití)
LTC	Long-term care
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NDR	Německá demokratická republika – označení území bývalého „východního Německa“
NSR	Německá spolková republika – označení území bývalého „západního Německa“
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
PNP	příspěvek na péči (sociální dávka v ČR)
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Obr. 1: Naděje dožití v 65 letech v roce 2011(levá část grafu) a rozdíl v naději dožití v 65 letech mezi roky 1960–2014 (pravá část grafu), vybrané evropské země, muži a ženy	32
Obr. 2: Podíl osob 65ti letých a starších v populaci a podíl osob ve věku 80 let a více v populaci seniorů (65+), vybrané evropské země, 1960, 2013 a 2080	33
Obr. 3: Index feminity (počet žen na 100 mužů) ve věku nad 80 let, vybrané evropské země, 1960, 2013 a 2080	34
Obr. 4: Parent support ratio: počet starších seniorů (80+) na 100 osob ve věku 50–64 let, vybrané evropské země, 2013 (horizontální osa) a 2080 (vertikální osa)	35
Obr. 5: Staří lidé jsou pro společnost zátěží: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009	36
Obr. 6: Podíl populace s omezením v každodenních činnostech na základě GALI (levý graf) a podíl populace se silným omezením v každodenních činnostech a více než jedním omezením v základních aktivitách (pravý graf), 16 vybraných evropských zemí, šetření SHARE, 2011	40
Obr. 7: Podíl populace ve věku 65–79 let a 80+ se silným a ne-silným omezením ve vykonávání každodenních činností (GALI), vybrané evropské země, muži a ženy, 2011	41
Obr. 8: Naděje dožití (LE) a naděje dožití bez disability (DFLE) ve věku 65 let, vybrané evropské země, muži a ženy, 2011	43
Obr. 9: Vztah mezi nadějí dožití a nadějí dožití bez disability ve věku 65 let, vybrané evropské země, muži a ženy, 2011	44
Obr. 10: Struktura domácností starších seniorů (80+ let), vybrané evropské země, muži a ženy, census okolo roku 2001	47
Obr. 11: Mnoho nemohoucích starších lidí nemůže žít samostatně, protože jejich vlastní domovy nejsou přizpůsobeny jejich potřebám: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009	50
Obr. 12: Starší lidé by společností přispěli mnohem více, kdyby pro ně bylo snazší přemísťovat se z místa na místo: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009	51
Obr. 13: Optimální způsob zajištění péče pro seniora, který žije samostatně a potřebuje pravidelnou pomoc (v %), vybrané evropské země, šetření Eurobarometer, 2007	52

Tab. 1 – Model binární logistické regrese - odhad šance, že respondent vyjádří preferenci rodinné péče oproti péči formální podle pohlaví, věku a státní příslušnosti; šetření Eurobarometer, 2007	53
Obr. 14: Počet pacientů domácí zdravotní péče ve věku 65+ léčených pro chronická onemocnění a jejich podíl v populaci 65+, ČR, 1997–2012	60
Obr. 15: Podíl příjemců PNP ve věkové skupině 66–80 let a 81+ let a struktura využití PNP dle jeho formy, ČR, muži a ženy, k 31. 12. 2010	65
Tab. 2: Odhad počtu a podílu příjemců dlouhodobé péče ve věku nad 65 let, Česko, 2012	77
Obr. 16: Zemřelí ve věku 80 a více let podle místa úmrtí, Česko, muži a ženy, 2007 a 2012	78
Tab. 3: Současné možnosti poskytování dlouhodobé péče z hlediska její organizace a financování	80
Obr. 17: Podíl příjemců dlouhodobé péče v institucionálním a domácím prostředí v populaci 65+ a související podíl příjemců péče v domácnosti, vybrané evropské státy, kolem roku 2011	84
Obr. 18: Hlavní směry migrace za prací v oblasti péče v Evropě	89
Obr. 19: Kvalita služeb dlouhodobé péče a index dosažitelnosti péče (průměr v dané zemi), vybrané země, výběrové šetření kvality života v Evropě, Eurofound, 2011–2012	93
Obr. 20: Lidé, kteří se musí doma starat o starší členy rodiny, přijímají ve své zemi od sociálních služeb dobrou podporu: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009	97
Obr. 21: Příjemci osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti od osoby mimo vlastní domácnost v posledních 12 měsících (v %) – PÁRY, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012	99
Obr. 22: Příjemci osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti od osoby mimo vlastní domácnost v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %) – JEDNOTLIVCI, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012	100
Obr. 23: Poskytovatelé osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti seniorům žijícím v samostatných domácnostech (jednotlivci), vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012	101
Obr. 24: Poskytovatelé osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti seniorům žijícím v samostatných domácnostech a seniorům žijícím v páru, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012	101
Obr. 25 – Pohlaví dětí poskytujících v posledních 12 měsících osobní péči nebo praktickou pomoc v domácnosti rodičům ve věku 65 let a více (jež mají omezenou pohyblivost) podle pohlaví rodičů (v %), vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012	103
Obr. 26: Intenzita poskytované péče osobami mimo domácnost seniorů s omezenou pohyblivostí žijících osamoceně, vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012	104
Obr. 27: Intenzita poskytované péče osobami mimo domácnost seniorů s omezenou pohyblivostí žijících osamoceně nebo v páru, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012	104

Obr. 28: Průměrná intenzita poskytované péče osobami mimo domácnost seniorů s omezenou pohyblivostí podle kategorie poskytovatele, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012.....	105
Obr. 29: Průměrný počet omezení v základních sebeobslužných aktivitách (ADL) seniorů s omezenou pohyblivostí žijících v jednočlenných domácnostech, kteří jsou příjemci péče, vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012	106
Obr. 30: Příjemci pravidelné osobní péče od osoby žijící ve společné domácnosti v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %), vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012.....	107
Obr. 31: Příjemci pravidelné osobní péče od osoby žijící ve společné domácnosti v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %), vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012.....	108

Kapitola 1

Úvod

Dlouhodobě nesoběstační pacienti potřebují k zachování či zlepšení kvality svého života poskytování komplexu služeb, které se označují souhrnným pojmem dlouhodobá péče. Pod tímto pojmem rozumíme jak osobní péči zajišťující pomoc při vykonávání bazálních každodenních činností (najedení, oblékání, mytí, ...), tak nezbytnou péči zdravotnického charakteru (lékařskou, ošetrovatelskou, rehabilitační, a další) a také spektrum sociálních služeb (pomoc s péčí o domácnost, nákupy apod.). Soběstačnost přitom chápeme jako schopnost žít samostatně v běžném prostředí a obejít se bez pomoci druhé osoby.

Rostoucí část populace se díky pokrokům v medicíně, dostupnější zdravotní péči a zlepšujícím se životním podmínkám dožívá vysokého věku, čímž se zvyšuje váha seniorského období lidského života. Epidemiologický vývoj současně vedl k tomu, že v dnešní době většina lidí umírá na komplikace chronických onemocnění, jež významně ovlivňují kvalitu života pacienta v období (v řádu měsíců až let) před smrtí. Zásadní otázkou tedy je, zda s prodlužující délkou života přibývá počet let prožitých ve zdraví a soběstačnosti a potřeba dlouhodobé péče se tak na populační úrovni posunuje do vyššího věku. Odpověď na tuto otázku zatím zůstává nezodpovězena. Zatímco u některých chronických obtíží došlo k výrazným pokrokům v léčbě, obavy panují zejména v souvislosti s předpokládaným růstem prevalence neurodegenerativních chorob. I za předpokladu posunu rizika vzniku nesoběstačnosti do vyšších věkových kategorií se však potřeba dlouhodobé péče v souvislosti s rostoucím počtem seniorů bude zvyšovat. Tento dopad očekávaného a neodvratitelného stárnutí evropských populací však v porovnání s jinými široce diskutovanými oblastmi (především zabezpečení důchodů) zatím neobdržel dostatečnou pozornost. Demografické změny budou mít také vliv na dostupnost potenciálních neformálních pečovateli, kteří hrají v systémech dlouhodobé péče všech evropských zemí nezastupitelnou roli. Z pohledu probíhajících celospolečenských změn (tlak na ekonomickou aktivitu žen, rostoucí individualizace členů rodiny, snižující se podíl seniorů bydlících ve společných domácnostech s dalšími členy rodiny, rostoucí geografická vzdálenost mezi členy rodiny, zvyšující se rozvodovost a bezdětnost, ...) je však nutné neformálním pečovateli poskytnout odpovídající podporu spočívající mimo jiné v zabezpečení dostupných a kvalitních terénních služeb. Budoucí seniorská populace přitom pravděpodobně oproti dnešní bude diferencovanější, vzdělanější a zřejmě i náročnější z hlediska požadavků na formální služby. Současný trend odklonu od poskytování dlouhodobé péče v institucionálním prostředí velmi pravděpodobně bude pokračovat a současně s tím se budou rozvíjet alternativní formy seniorského bydlení

založené na požadavku dostatečného soukromí, ale současně také dostupnosti komplexních služeb.

Cílem předkládané práce je poskytnout s ohledem na dostupná data a limitovaný rozsah práce co nejucelenější obraz dlouhodobé péče o seniory v evropských státech s důrazem na Českou republiku, a to především z pohledu demografických faktorů, které tuto péči ovlivňují. Kromě popisu samotného problému a analýzy dostupných datových zdrojů týkajících se dlouhodobé péče se práce zabývá rovněž postoji obyvatelstva evropských států k péči o seniory.

Vymezení hranice stáří je komplikovaný problém, protože stárnutí je postupný, kontinuální a individuální proces. V současné společnosti se člověk považuje za „starého“ nejčastěji od doby, kdy mu vznikl nárok na starobní důchod (Haškovcová, 1990; cit. v Jarošová, 2006), tato hranice však nekoreluje (respektive nemusí) s významnou změnou fyzických a psychických sil člověka. Pro demografické analýzy se senior v souladu s obecnými zvyklostmi (Eurostat, OSN) zpravidla vymezuje věkem 65 a více let. Průměrný věk odchodu do důchodu v EU je přibližně 62 let, ale ve skandinávských zemích dosahuje téměř 65 let (Eurostat, 2011). Z hlediska dlouhodobé péče je nejdůležitějším faktorem spojeným se stárnutím přibývání chronických onemocnění se sklonem k jejich sdružování – polymorbiditě, která často vede k úbytku funkčních schopností (disabilitě) a nemožnosti vykonávat samostatně všední činnosti tj. k závislosti na pomoci (Jarošová, 2006). Přestože se kalendářní věk konkrétního jedince nemusí krýt s věkem funkčním, na populační úrovni se riziko nesoběstačnosti zvyšuje po 65. roce života, a obzvláště pak od 80. roku života (European Commission, 2012b). Také OECD (2005) uvádí, že nárůst spotřeby dlouhodobé péče roste exponenciálně s věkem a většinu této péče „spotřebují“ lidé starší 80 let. Pro účely práce byla seniorská populace rozdělena na osoby ve věku 65–79 let – tzv. mladší senioři a osoby nad 80 let – tzv. starší senioři („oldest old“).

Analyzováno bylo 16 vybraných zemí, jejichž výběr vycházel především z okruhu zemí účastnících se výběrového šetření SHARE. Zástupci severovýchodních zemí jsou Švédsko a Dánsko. Ze západoevropských zemí jsou zastoupeny Nizozemsko, Belgie a Francie. Z jihoevropských zemí byla vybrána Itálie, Španělsko a Portugalsko. Ze států střední Evropy byly vybrány Rakousko, Německo a Švýcarsko. Jako východoevropské (ačkoli země východní Evropy bývají definovány různě) země byly označeny nové členské státy EU přistoupivší v roce 2004 – Estonsko jakožto zástupce severovýchodních zemí, a dále země Visegrádské čtyřky – Polsko, Česko a Maďarsko, a nakonec Slovinsko jako zástupce zemí jihovýchodních.

Práce je organizována následujícím způsobem. V další kapitole je diskutována péče o staré lidi v průběhu historie až k současnosti a je zde širěji vymezena samotná dlouhodobá péče, její specifika a typologie. Třetí kapitola je věnována sociodemografickým faktorům, jež mají vliv především na poptávku po dlouhodobé péči. Na ni nejvýznamněji působí demografické stárnutí a zdravotní stav populace, respektive trendy související s disabilitou (soběstačností) starších osob. Navazující kapitola popisuje způsob organizace péče o seniory v České republice. Jednotlivé státy odlišnou měrou spoléhají na různé typy formální (institucionální nebo domácí) a neformální péče (poskytované příbuznými nebo jinak blízkými). Mezinárodním srovnáním okolností poskytování dlouhodobé péče a analýzou domácí péče na základě výběrového šetření SHARE se zabývá šestá kapitola.

Kapitola 2

Přehled zdrojů a metodika

Nejvýraznější osobností na poli dlouhodobé péče je v českém prostředí Doc. MUDr. Iva Holmerová, k jejímž aktivitám v této oblasti patří i rozsáhlá publikační činnost. Je ředitelkou Gerontologického centra (příspěvkové organizace MČ Praha 8), místopředsdkyní České gerontologické a geriatrické společnosti a společnosti Alzheimer Europe, zakládající předsdkyní České alzheimerovské společnosti, členkou Rady vlády pro seniory a stárnutí populace a v neposlední řadě předsdkyní akreditační komise oboru medicína dlouhodobé péče. Od roku 2011 vede při Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy výzkumný tým Centra pro studia dlouhověkosti a dlouhodobé péče (CELLO). Mezi hlavní cíle centra je propagace a zlepšování kvality dlouhodobé péče, včetně sdílení zkušeností a dobré praxe v této oblasti. V rámci projektu „Nový rámec politiky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí a poskytování zdravotních služeb a služeb dlouhodobé péče“ (zkráceně FRAM) v tomto centru vznikla publikace „Bedekr aktivního stárnutí aneb Jak se orientovat v krajině aktivního stárnutí a dlouhodobé péče – průvodce pro občany a samosprávy“. Doc. Holmerová se také podílela například na tvorbě Diskuzního materiálu k východiskům dlouhodobé péče v ČR, který v roce 2010 připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Katedrou řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy. Důležitým zdrojem teoretických poznatků pro vznik této práce byla také publikace Vybrané kapitoly z gerontologie, jejíž byla spoluautorkou.

Z hlediska soudobých aktivit majících za cíl zlepšení situace v oblasti dlouhodobé péče je třeba zmínit také činnost Institutu důstojného stárnutí při Diakonii Českobratrské církve evangelické. Problematiku péče o seniory zahrnují i publikace vzešlé z projektu tzv. Kulatého stolu vyjadřujícího se k budoucnosti financování českého zdravotnictví.

Další významnou postavou z pohledu péče o seniory je geriatr a gerontolog MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., mimo jiné bývalý místopředseda České geriatrické a gerontologické společnosti a člen Rady vlády pro problematiku stárnutí a seniorů, autor mnoha odborných i popularizačních článků a publikací. Podílel se na řadě projektů v oblasti ochrany lidských práv, řešení otázek seniorské problematiky a formulování veřejné politiky v této oblasti. V neposlední řadě lze jmenovat také Ing. Jiřího Horeckého, MBA – prezidenta Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Z hlediska pohledu do historie poskytování péče seniorům a přehledu služeb pro seniorskou populaci byla významným zdrojem monografie Fenomén stárání od Prof. RNDr. PhDr. Heleny

Haškovcové, CSc. a dále publikace Doc. PhDr. Darji Jarošové, Ph.D., vedoucí Ústavu ošetrovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity.

Pro zmapování situace v oblasti dlouhodobé péče v České republice je dále použito poměrně velké množství článků z běžného tisku, protože se jedná o aktuálně diskutované společenské a politické téma.

Velice hodnotnými zahraničními zdroji byly v první řadě publikace vydané organizací OECD, v pracích zabývajících se dlouhodobou péčí je z nich nejcitovanější analýza systémů dlouhodobé péče „Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“. Rozsáhlé analýzy týkající se dlouhodobé péče publikovalo také Evropské centrum pro sociální politiku a výzkum („Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care Europe and North America“) a Evropská unie (Long-Term Care for the Elderly)

2.1 Zdroje dat

Možnosti mezinárodního srovnání systémů dlouhodobé péče jsou významně limitovány dostupností dat a jejich kvalitou. Evropská unie i její členské státy prohlašují, že právě dlouhodobá péče představuje jeden z hlavních problémů v souvislosti se současnými a budoucími demografickými změnami (Marin aj., 2009). Dostupnost datových zdrojů týkajících se dlouhodobé péče je však bohužel obecně mnohem horší než v případě zdravotní péče, zejména se to týká mezi zeměmi porovnatelných dat kvantitativní povahy a časových řad pro hodnocení vývoje. To do značné míry vyplývá ze skutečnosti, že systémy dlouhodobé péče jsou v jednotlivých zemích značně odlišné (liší se vymezení zdravotní a sociální složky péče apod.), někde ani nelze způsob zajištění péče nazývat systémem, protože na národní úrovni není tato péče a okruh jejích uživatelů jasně definovaná (Jako příklad můžeme uvést Česko, které nemá legislativně vymezenou dlouhodobou péči a její obsah.). Na značnou různorodost kritérií a ukazatelů dlouhodobé péče a všeobecně nedostatek dat a podkladů v jednotlivých zemích EU upozorňuje i zmíněná zpráva Marina aj. (2009).

Pro vlastní analýzu poskytování domácí péče seniorům byla využita data z výběrového mezinárodního šetření SHARE, a to konkrétně jeho 4. vlny. Databáze SHARE je centrálně koordinovaná mnichovským Institutem pro ekonomiku a stárnutí, který spadá pod Institut Maxe Plancka. Toto šetření zahrnuje osoby starší padesáti let a jejich partnery (bez ohledu na věk). Od roku 2004 již proběhly čtyři vlny šetření, v současné době probíhá sběr dat pro pátou vlnu. Výběr respondentů probíhá metodou náhodného pravděpodobnostního výběru a technikou sběru dat je osobní rozhovor tazatele s respondentem s využitím počítače (Computer Assisted Personal Interviewing – CAPI), hlavní rozhovor (sestavující se z celkem 20 modulů) je ukončen papírovým dotazníkem, tzv. Drop-off. Česká republika se do šetření zapojila při druhé vlně v letech 2006 až 2007 společně s Irskem a Polskem. Postupně by se měl SHARE rozšiřovat na všechny členské země EU, v letech 2010–2011 přistoupilo Estonsko, Maďarsko, Portugalsko a Slovinsko. Bulharsko, Finsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Rumunsko, Slovensko a Spojené Království se prozatím k šetření nepřipojily (Börsch-Supan, 2013).

Význam SHARE spočívá ve vytvoření komplexního longitudinálního souboru dat o starší generaci populací napříč Evropou. Záběr tohoto šetření je z hlediska pokrytých témat skutečně široký – přes bydlení, finance a majetek, vzdělání, fyzické i psychické zdraví, zdravotní péči, kognitivní funkce, zaměstnání a důchod, ... po sociální podporu, jejíž analýza je náplní podkapitoly 6.2. Sběr dat, který byl zpracován v této podkapitole, proběhl převážně v průběhu let 2010–2012 (převážná část rozhovorů proběhla v průběhu roku 2011). Analýza byla provedena na souboru osob ve věku 65 let a vyšším, kdy věk byl vypočítán na základě rozdílu mezi rokem pozorování a rokem dotazování – jedná se tedy o dosažený věk. Rozhodnutí pro použití dosaženého věku vyplynulo ze skutečnosti, že měsíc narození je často chybějícím údajem. V souhrnu se jednalo o téměř 30 tisíc záznamů pro vybraných 16 zemí (viz tab. 3 v přílohách). Aby výsledky věrně odrážely hodnoty platné pro celé populace daných zemí, vycházela analýza z vážených dat. Použité váhy (calibrated cross-sectional individual weights) byly stanoveny na základě struktury populací daných zemí podle příslušnosti do jednotlivých kategorií vymezených pohlavím, věkem a příslušností k územní jednotce na úrovni NUTS 1 (Stuck, 2013). Výhodou tohoto zdroje je jednotná celoevropská metodika, nevýhodou omezené množství poskytnuté informace a složité vymezení respondenta odpovídajícího na zkoumané otázky.

Nezastupitelným datovým zdrojem o poskytování dlouhodobé péče v evropských zemích se dále stala databáze OECD Health Data, která na rozdíl od výběrových šetření zahrnuje i institucionalizovanou populaci. Ačkoliv OECD vytvořila pro účely mezinárodního srovnání základní definice poskytovatelů, klientů a pracovníků v oblasti dlouhodobé péče, obsahově se údaje v databázi poskytnuté jednotlivými zeměmi liší, což ovlivňuje konečné výsledky. Než hodnoty samotné je proto podstatné zaměřit se spíše na vzájemné poměry a vztahy.

Názory obyvatel EU na postavení seniorů ve společnosti a na aspekty spojené s poskytováním služeb seniorům zahrnovalo několik šetření Eurobarometru. Cílovou populací těchto šetření jsou populace jednotlivých zemí starší 15 let, přičemž výběrový vzorek tvoří zpravidla 1 000 respondentů v každé zemi v závislosti na její velikosti.

Mínění populace vybraných států o kvalitě a dostupnosti služeb dlouhodobé péče bylo zjišťováno v rámci šetření třetího průzkumu kvality života v Evropě Evropské nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek (Eurofound), která je tripartitní agenturou Evropské unie a jejímž úkolem je poskytovat přehled poznatků z oblasti sociálních a pracovních politik a tím přispívat k zlepšení životních a pracovních podmínek v Evropě. Terénní šetření ve 27 členských státech Evropské unie probíhalo od konce září 2011 do začátku února 2012. Metodou šetření byly osobní rozhovory pomocí standardizovaných dotazníků („face to face“) s respondenty staršími 18 let. Reprezentativní vzorek respondentů byl vybrán víceetapovým stratifikovaným náhodným výběrem a výzkum byl realizován na vzorku 1000–3000 respondentů v závislosti na velikosti země (Eurofound, 2013).

Co se týče českých datových zdrojů, hlavními prameny se staly publikace ÚZISu v případě zdravotních služeb a publikace MPSV pro oblast služeb sociálních. Běžně nepublikovaná interní data MPSV obsažená v „Analýze dostupných datových zdrojů – příspěvek na péči“ byla nenahraditelným zdrojem údajů o poskytování a využívání této sociální dávky.

2.2 Metodika

2.2.1 Naděje dožití bez disability

Pro mezinárodní srovnání zdravotního stavu se používá tzv. souhrnných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, mezi něž patří i ukazatel naděje dožití (LE). Koncept tzv. zdravé délky života rozšiřuje obsah tohoto ukazatele o dimenzi kvality prožitých let. Délka života ve zdraví (HLY) tak v sobě zahrnuje jak informaci o úmrtnostních poměrech, tak charakteristiky nemocnosti. Principem jejího výpočtu je rozklad počtu let, jež v průměru ještě prožije osoba v určitém věku za předpokladu zachování aktuálního řádu vymírání (daného úmrtností tabulkou), podle zdravotního stavu, ve kterém budou tyto roky prožity. Ukazatel HLY při narození se stal v letech 2004–2005 jedním ze strukturálních ukazatelů sloužících k monitorování plnění Lisabonské strategie reagující na globalizaci a stárnutí populace (Robine a Cambois, 2013). Nová strategie Evropa 2020, přijatá v roce 2010, v rámci klíčové priority Evropské unie „zajištění nejlepšího možného zdravotního stavu stárnoucí populace“ vymezuje jako jeden ze svých cílů prodloužení délky života ve zdraví o 2 roky do roku 2020 (European Commission, 2011; cit. v Robine a Cambois, 2013).

Existují 3 metody výpočtu délky života dle zdravotního stavu obyvatelstva (Euro-REVES, 2000): Sullivanova metoda, metoda dvouvýchodných tabulek života a metoda vícestavových tabulek, z nichž každá vytváří jiné požadavky na datovou základnu a produkuje mírně odlišné výsledky. Princip dvouvýchodných tabulek života spočívá ve zmenšování výchozí kohorty působením pravděpodobností úmrtí a výskytu zdravotních problémů. Vícestavové tabulky uvažují navíc možnost přechodu mezi jednotlivými zdravotními stavy (úrovněmi disability a plným zdravím) oběma směry (tedy uvažuje se i eventuální uzdravení). Vzhledem k charakteru datového zdroje – výběrového šetření SHARE – byla pro výpočet naděje dožití bez disability použita obecně nejrozšířenější a preferovaná (Euro-REVES, 2000) *Sullivanova metoda* (Sullivan, 1971), která je z uvedených metod z hlediska požadavků na data nejméně náročná.

Tato metoda kombinuje údaje z úmrtnostních tabulek s mírami prevalence zdravotních problémů získaných z výběrových šetření (standardně např. EU-SILC – The European Union Statistics on Income and Living Conditions, EHIS – The European Health Interview Survey) na základě subjektivních výpovědí respondentů. Používají se harmonizované otázky tzv. *Minimálního evropského modulu o zdraví* (MEMH), které zjišťují subjektivně vnímané zdraví, přítomnost dlouhodobých zdravotních problémů (chronická nemocnost) a omezení v běžných činnostech (Robine a Cambois, 2013). Každý z indikátorů je přitom relevantní pro jinou sféru – roky prožité bez chronických onemocnění například v oblasti zdravotní prevence, zatímco omezení v denních aktivitách, které reflektuje potřebu pomoci, je stěžejní právě pro oblast dlouhodobé péče (Jagger aj., 2011). *HLY jako evropský strukturální ukazatel vyjadřuje*

počet let, který v průměru zbývá osobě v určitém věku k prožít bez omezení v běžných činnostech¹, a odpovídá tak naději dožití bez disability (DFLE).

Otázka na omezení v běžných činnostech se označuje jako GALI (general activity limitation indicator). Zjišťuje, zda byl respondent po dobu předchozích 6 měsíců omezen ze zdravotních důvodů v aktivitách, které lidé obvykle dělají. V šetření SHARE, z jehož výsledků při výpočtu HLY (DFLE) vycházíme, se konkrétně jedná o otázku PH 005: „V jaké míře Vás Vaše zdraví v posledních šesti měsících omezovalo při vykonávání každodenních činností?“ s možnými odpověďmi: 1. Silně omezovalo; 2. Omezovalo, ale ne silně; 3. Žádné omezení. Pro výpočet prevalence disability byl sečten počet respondentů, kteří vybrali 1. nebo 2. odpověď.

Výpočet naděje dožití bez disability ve věku 65 let vycházel z materiálu projektu EHEMU (2007) – nyní JAEHLEIS, v předchozích letech také pod názvem Euro-REVES a Ehleis, jehož cílem je koordinovat všechny aktivity související s ukazatelem délky života ve zdraví na mezinárodní úrovni. Vstupními daty pro výpočet byly úplné úmrtnostní tabulky (s posledním věkovým intervalem 85+) pro muže a ženy publikované Eurostatem (2013) a míra prevalence disability dle pohlaví a pětiletých věkových skupin (v rozsahu 65–85+) z výběrového šetření SHARE (2013).

$$DFLE_{65} = \frac{1}{l_{65}} \sum_{i=65}^{85+} (1 - \pi_{i,i+5}) L_{i,i+5}$$

Kde:

l_{65} je tabulkový počet dožívajících se přesného věku 65 let,

L_i je počet let prožitých tabulkovou populací mezi přesnými věky i a $i+5$ let a

π_i je prevalence disability ve věkové skupině i až $i+5$ let.

Z důvodu fluktuace hodnot prevalence disability v pětiletých věkových skupinách byla vypočítána (a v přílohách publikována) standardní chyba $DFLE_{65}$:

$$S^2(DFLE_{65}) \cong \frac{1}{l_{65}^2} \sum_{x=65}^{85+} L_{x,x+5}^2 \frac{\pi_{x,x+5}(1 - \pi_{x,x+5})}{N_{x,x+5}}$$

Kde: $N_{x,x+5}$ je počet pozorování ve věkové skupině x až $x+5$ let.

Oproti údajům z běžné evidence demografických událostí nejsou data z výběrových šetření (týkající se zdravotního stavu) samozřejmě tak spolehlivá. Můžeme vymezit dva základní okruhy problémů vyplývajících z povahy těchto dat. První z nich je spojený s jejich subjektivním charakterem (Sám respondent si určuje, co jsou pro něj běžné denní aktivity, a bez existence objektivních měřítek sám hodnotí závažnost svého omezení.), které ztěžují především mezinárodní srovnatelnost. Je obecně těžké definovat zdraví a nemocnost a jejich měření je závislé na kulturních odlišnostech (normách, hodnotách), které ovlivňují interpretaci otázek i nabízených odpovědí. Podle Jaggera (aj., 2011) na posuzování vlastního zdraví může mít vliv i dostupnost pomoci a podpory. Mezinárodní srovnání dat 11 evropských zemí ze šetření

¹ Za předpokladu, že úroveň prevalence disability zjištěná ve výběrovém šetření zůstane v průběhu jejího života nezměněná.

SHARE však prokázalo, že GALI je dobrým indikátorem funkčního omezení a disability. Důkaz byl proveden na základě analýzy vztahů s ostatními subjektivními i objektivními ukazateli zdravotního stavu (Jagger aj., 2010).

Další omezení dat z výběrových šetření vychází ze skutečnosti, že většinou nepokrývají populaci žijící v institucích. Výběrový vzorek šetření SHARE (2013) institucionalizované osoby sice zahrnuje, ale pouze pro země s populačními registry, pro potřeby mezinárodního srovnání proto byly tyto osoby z analýzy vyloučeny. Sullivan (1971) ve své monografii nabízí dvě možná metodologická řešení: buď můžeme předpokládat, že všechny osoby v institucích žijí s disability, nebo že jsou ve stejném zdravotním stavu, jako populace žijící v běžných domácnostech. Vzhledem k tomu, že nemáme pro analyzovaný výběr zemí k dispozici aktuální věkově-specifické podíly institucionalizovaných osob, musíme předpokládat, že zdravotní stav populace v institucích se od zbytku populace neliší. Lze vyslovit domněnku, že tento předpoklad není reálný. Prevalence disability institucionalizovaných osob v jednotlivých zemích se však mezi sebou velmi pravděpodobně liší, a tudíž ani jedno z představených řešení by se neblížilo reálnému stavu.

2.2.2 Logistická regrese

Ve třetí kapitole je k vyčíslení vlivu věku, pohlaví a státní příslušnosti respondenta šetření Eurobarometer na preferenci neformální vs. formální péče o staré rodiče, kteří jsou závislí na pravidelné pomoci jiné osoby², využita binární logistická regrese. Data byla zpracována pomocí statistického software SPSS. Naší hypotézou je, že uvedené charakteristiky deklarovaný postoj k péči o seniory ovlivňují, a to konkrétně tak, že prarodinně budou – dle našeho předpokladu – orientovány více ženy než muži, spíše starší osoby, a preference formální péče bude v evropských zemích klesat přibližně ve směru ze severu k jihu.

Podstatou logistické regrese je odhad logitu, tj. přirozeného logaritmu šance (podíl pravděpodobnosti úspěchu[=jev nastal] a neúspěchu[=jev nenastal]), že vysvětlovaná proměnná nabude konkrétní hodnoty ze dvou možných. Závislou proměnnou je v tomto případě dichotomická proměnná, která odpovídá preferenci péče od dětí³ (sloučeny byly možnosti „žít u některého ze svých dětí“ a „péče od dětí ve vlastním domově“) nebo péči profesionální⁴ (spojené odpovědi „profesionální služby poskytované ve vlastním domově“ a „přestěhovat se do domova pro seniory“). Vysvětlujícími proměnnými jsou v našem modelu kategorizované proměnné věk, pohlaví a státní příslušnost (všechny proměnné byly tzv. metodou enter vloženy do výpočtu najednou). Každá z těchto proměnných s k kategoriemi je při analýze v softwaru SPSS převedena na skupinu $k-1$ pomocných (indikátorových – „dummy“) proměnných, přičemž

² Přesné znění otázky: „Představte si starého otce nebo matku, kteří žijí sami a nemohou se už kvůli svému tělesnému nebo duševnímu zdravotnímu stavu nadále ve svém životě obejít bez pravidelné pomoci. Co by podle Vás bylo nejlepším řešením pro lidi v této situaci? Za prvé?“

³ Přesné znění odpovědi na výše uvedenou otázku: „Měli by žít u některého ze svých dětí“ a „Některé z jejich dětí by je mělo pravidelně navštěvovat u nich doma a poskytovat jim nezbytnou péči“

⁴ Přesné znění odpovědi na výše uvedenou otázku: „Státní nebo soukromí poskytovatelé pečovatelských služeb by je měli navštěvovat u nich doma a poskytovat jim přiměřenou pomoc a péči“ a „Měli by se přestěhovat do domova důchodců/domu s pečovatelskou službou“

každá z těchto proměnných odpovídá jedné z $k-1$ kategorií nezávislé proměnné a vynechaná kategorie je tzv. referenční – můžeme si ji zvolit (Řeháková, 2000).

Mezi statistiky používané k hodnocení adekvátnosti modelu logistické regrese patří tzv. klasifikační tabulka udávající procento případů, které se podařilo správně zařadit z hlediska odhadu hodnoty závislé proměnné. Obdobou koeficientu determinace R^2 z lineární regrese je *Nagelkerkovo* R^2 . Další možností ocenění přiměřenosti modelu je test dobré shody regresního modelu s daty – *Hosmer-Lemeshow test*, jehož nulová hypotéza říká, že odhadnuté a napozorované četnosti úspěchu a neúspěchu se neliší (Řeháková, 2000). Z hlediska cíle analýzy v této práci je nejpodstatnější interpretace získaných transformovaných hodnot regresních koeficientů ($\exp(B)$), které vyjadřují, kolikrát se zvýší ($\exp(B)>1$), nebo sníží ($\exp(B)<1$) šance, že vysvětlovaná proměnná nabude hodnoty 1 místo 0, jestliže se hodnota vysvětlující proměnné změní z referenční na příslušnou kategorii. V naší analýze je konkrétně modelována šance, že respondent považuje v situaci nemohoucnosti rodičů v první řadě za ideální péči od jejich dětí ($=1$), nikoliv formální péči ($=0$). Statistickou významnost $\exp(B)$ hodnotíme pomocí intervalového odhadu – hodnoty poměrů šancí jsou signifikantní, pokud interval spolehlivosti (vymezený dolní a horní hranicí) neobsahuje jedničku.

Kapitola 3

Péče o seniory

3.1 Historie péče o staré a nemohoucí

Tradičně byla péče o staré lidi praktikována především či výlučně v rámci rodiny, většina jich dožívala v blízkosti svých příbuzných. Z iniciativy bohatých lidí se začala rozvíjet charitativní pomoc a péče (charita – charis – láska k bližnímu) pro staré a nemohoucí, o které se jejich rodina postarat nemohla, nebo rodinu neměli. První církevní instituce zabývající se pomocí starým (tzv. gerontotrofium) a chudým (tzv. ptochotrofium) vznikaly v dobách raného středověku. Postupně tak byly zakládány chudobince a starobince, jejichž vedení zajišťovaly většinou kláštery, později městské a obecní rady. Tato zařízení plnila pro chudé a staré lidi především azylovou funkci (Jarošová, 2006).

Již ve 14. a 15. století vznikaly na území pozdější Jugoslávie „domovy pro staré lidi“, v Nizozemí zase specifické „hofjes“, objekty s vnitřním atriem a četnými pokojíky. Jak vypadala péče o staré lidi v minulosti, si můžeme ilustrovat na příkladu Anglie. V roce 1504 zde vyšel zákon, který se snad vůbec jako první pokoušel řešit sociální problémy starých lidí, a to jejich specifickou ochranou. Za královny Alžběty bylo vydáno první chudinské právo, jež víceméně nezměněno platilo dalších 200 let, a které deklarovalo vybírání povinného poplatku na podporu starých lidí ve všech farnostech. Budování starobinců bylo v Anglii nařízeno v roce 1782. Teprve roku 1909 bylo stanoveno, že každý nemajetný a chudý člověk starší 70 let získá penzi. Kromě chudobinců vznikaly v evropských zemích pro situované občany „penziony pro staré dámy a pány“ (například také právě v Anglii), jež se staly předzvěstí systematické péče o seniory, která se začala rozvíjet ve 20. století. Zejména po 2. světové válce vznikaly systémy sociální péče a v jejich rámci domovy důchodců a další specializovaná ústavní péče (Haškovcová, 1989).

Obdobným způsobem se vyvíjela péče o staré lidi i na území České republiky. Ve 12. století vznikaly špitály provozované církevními řády, především se sociální funkcí – poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem. Středověké špitály se staly první institucí pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí. Bohatí senioři byli léčeni doma, případně v klášterních nemocnicích, druhém typu ústavní péče. V 15. a 16. století vznikaly na území Prahy obecní ústavy pro zchudlé a staré občany, rovněž těmto ústavům se říkalo špitály. Klasické nemocnice byly na našem území zakládány od 17. století. S rozvojem medicíny v nich začala postupně převládat léčebná složka a současně mizel jejich azylový charakter. Staré osoby

ale mnozí léčit nechtěli, nebo neuměli, a proto byli staří lidé nadále umísťováni do starobinců nebo chudobinců, kde byla péče obecně na nízké úrovni. Tehdy měly ošetrovatelky za úkol opatrovat nemocné – tj. umýt je a dát jim najíst, nebyla to tedy odborná práce jako dnes (Haškovcová, 1989).

Cílená péče o staré lidi se na českém území začala rozvíjet za doby vlády Josefa II. Na základě farní chudinské ústavy na panstvích vznikaly farní chudinské instituty pro staré a chudé osoby. Toto právo se stalo společně s tzv. domovským právem z roku 1863, na jehož základě byla domovská obec povinna postarat se o chudé, handicapované a staré a poskytnout jim výživu a pomoc v nemoci, základem novodobého systému sociální péče se známkami institucionalizované (garantované) péče. Toto domovské právo bylo zrušeno teprve v roce 1948.

Během první republiky byla ustavena správa pro otázky sociální péče spadající pod ministerstvo sociálních věcí, což podnítilo rozvoj ústavní péče na kvalitativně nové úrovni. Tato ústavní péče o staré lidi však nebyla dostupná pro každého, pomoc jim proto poskytovaly ještě různé, zpravidla dobrovolné, organizace a náboženské spolky (např. Charita, Diakonie). V roce 1929 byla v Praze R. Eiselttem, považovaným za otce české klinické geriatric, založena první specializovaná instituce pro seniory na světě – Klinika nemocí stáří, jež měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory. Sídlila nejdříve ve Vyšehradské ulici, později se přestěhovala do prostorů Zaopatřovacího ústavu v Krči (dnešní Thomayerova nemocnice). Tento ústav, tzv. Masarykovy domovy, byl rovněž založen v roce 1929 a čítal 21 budov, z nichž 5 bylo starobincem, 5 chudobincem, další sloužily jako ozdravovny a zotavovny. Činnost Kliniky nemocí stáří byla násilně přerušena okupací hitlerovských vojsk a nebyla již později obnovena, sehrála ovšem významnou roli z hlediska zájmu odborníků o choroby ve stáří (Haškovcová, 1989).

Po 2. světové válce se stal vůdčí osobností československé geriatric profesor Bohumil Prusík, jenž zdůrazňoval nutnost věnovat větší pozornost sociální i zdravotní stránce péče o staré lidi. Za socialismu se masivně rozvíjela ústavní péče s převažujícím charakterem materiálního a sociálního zabezpečení. Tzv. domovy odpočinku byly přejmenovány na domovy důchodců, v roce 1959 je na území ČSR všech téměř 300 domovů důchodců s více než 27 tisíci místy jednotně řízeno. Pod jednotnou správou byly převedeny i ústavy dosud spravované charitativními a církevními organizacemi (Haškovcová, 1989). Od poloviny minulého století se začala rozvíjet pečovatelská služba pro osamělé seniory, o dvacet let později se budovaly první domy s pečovatelskou službou, kde byli soustřeďováni senioři ze vzdálených a špatně dostupných míst (Jarošová, 2006). V roce 1974 vznikly léčebny pro dlouhodobě nemocné, „lůžková báze oboru geriatric“ (Haškovcová, 1989). Česká gerontologická společnost vznikla na začátku 60. let. Samostatným lékařským oborem se stala geriatric v roce 1983, v době, kdy byl hlavním odborníkem pro tento obor profesor Vladimír Pacovský (Holmerová aj., 2007). Od osmdesátých let jsou tak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Novým směrem se péče o seniory začala ubírat po změně politické situace v roce 1989. Vlivem iniciativ nestátních subjektů, především církevních, začaly v České republice fungovat nové instituce a služby – domácí ošetrovatelská péče v roce 1990 a hospicová zařízení o pět let později (Jarošová, 2006).

Nejdříve tedy byli staří a nemocní lidé přirozenou součástí společnosti (rodiny), pomoc v případě nouze poskytlí movitější občané nebo církve, později přebírá za potřebné zodpovědnost jejich obec. S rozvojem měst a průmyslové výroby se začala péče o staré a nemocné soustřeďovat do ústavů. Je zajímavé si uvědomit, že několik století se rozvíjela téměř výhradně sociální složka péče o staré a až relativně pozdě péče zdravotnická, ačkoliv zvláštnostmi onemocnění starých lidí se zabývali myslitelé již ve starověkém Řecku a Římě (Haškovcová, 1989). Současný vývoj, který je popsán v následující podkapitole, zjednodušeně řečeno, směřuje péči o seniory „zpátky domů“, respektive by měl vést k integraci seniorů do společnosti.

3.2 Současné trendy v péči o seniory

Ve všech vyspělých zemích v současnosti nabývají na významu tendence, aby starší lidé setrvali co nejdéle ve svém domácím (rodinném) prostředí, což také odpovídá jejich přání. Gomes aj. (2013) analyzovali výsledky mnoha studií z celého světa týkající se preferovaného místa péče na konci života a místa, kde si lidé přejí zemřít. Výsledky jejich zkoumání potvrdili, že statisticky významná část lidí upřednostňuje možnost zemřít ve svém domácím prostředí. Tomu odpovídá strategie „ageing in place“, jež byla formulována v rámci OECD již v 90. letech. Mezi nejdůležitější důvody delšího setrvání doma můžeme zmínit lepší zdraví a nezávislost starších lidí (OECD, 2005). Na druhou stranu k tomuto procesu dochází také pod vlivem tlaku zvyšujících se nákladů na zdravotní i sociální péči. Je však důležité si uvědomit, že v některých případech, např. u samostatně žijících osob vyžadujících trvalý „dozor“, je institucionalizace optimálním řešením jejich situace.

Již v roce 1982 se ve Vídni uskutečnilo Světové shromáždění o stárnutí a stáří, jehož hlavním organizátorem byla Organizace spojených národů. Na tomto shromáždění byly deklarovány základní principy „moderní“ péče o seniory: demedicinalizace, deinstitucionalizace, desektorizace a deprofesionalizace. Demedicinalizace akcentuje kvalitu života seniora, jeho autonomii a přirozenost prostředí. Deinstitucionalizací rozumíme výrazné omezení dlouhodobé a trvalé ústavní péče za současného rozvoje forem péče ambulantních a terénních – je tedy v souladu se snahou, aby senioři setrvali co nejdéle ve svém přirozeném prostředí (viz „ageing in place“). K nutnosti propojení zdravotnického a sociálního systému, a také rodinné péče s profesionální, odkazuje desektorizace. Deprofesionalizace odkazuje k podpoře neformálních pečovatelských týmů (Jarošová, 2006). Mezi další evropské trendy v péči o staré lidi patří např. také decentralizace pravomocí a zavádění standardů kvality. Decentralizací je myšleno delegování pravomocí v oblasti sociálních služeb na nižší správní celky (v případě ČR kraje a obce), čímž se má zvýšit efektivita při poskytování služby (Lišková, 2007).

3.3 Vymezení dlouhodobé péče a jejích forem

Potřeba dlouhodobé péče může vzniknout v jakémkoliv věku, senioři však tvoří většinu jejích příjemců. OECD definuje dlouhodobou péči jako škálu služeb potřebných pro osoby se sníženou funkční kapacitou – soběstačností, v jejímž důsledku jsou dlouhodobě závislé na pomoci ve všedních aktivitách každodenního života (OECD, 2005). Soběstačnost je vedle funkčních zdatností jedince determinována taktéž nároky prostředí, ve kterém se nachází⁵ (Jarošová, 2006), a její snížení může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou podporu druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci (Vohrálíková a Rabušic, 2004).

Zmiňované všední každodenní činnosti dělíme na instrumentální (IADL) a bazální (ADL). Mezi základní (bazální) běžné sebeobslužné aktivity řadíme esenciální činnosti a úkoly plněné v průběhu dne – najedení, napití, oblékání, mytí a koupání, chůzi a přesuny, schopnost udržet moč a stolici. Instrumentální aktivity denního života zahrnují aktivity nutné pro život v samostatné domácnosti a v komunitě, jako je schopnost připravit jídlo, obstarat nákup, provádět jednodušší domácí práce, telefonovat, cestovat dopravním prostředkem, užívat léky a spravovat vlastní finance (Jarošová, 2007).

Osobní péče zajišťující pomoc v základních aktivitách každodenního života (ADL) je často poskytována společně se základními zdravotními službami (například ošetřování ran, řešení bolesti, podávání léků, monitorování, prevence, rehabilitace nebo paliativní péče). Komplexní dlouhodobá péče současně zahrnuje také pomoc v instrumentálních aktivitách denního života – například v péči o domácnost, přípravě jídla, nakupování apod. (OECD, 2005). Z tohoto vymezení plyne, že služby dlouhodobé péče představují jak některé služby zdravotnické, tak služby pomocné – sociální. V širším pojetí zahrnuje funkční dlouhodobá péče také poradenskou a aktivizační činnost, asistenční technologie, úpravy bydlení, kompenzační pomůcky apod.

Někteří jedinci tuto péči potřebují v průběhu celého života (především v důsledku vrozených postižení nebo nemocí), ale většina příjemců dlouhodobé péče hlavně ve vyšším věku. Přitom pokud nastane potřeba poskytování dlouhodobé péče, trvá zpravidla až do konce života pacienta. Do oblasti dlouhodobé péče lidé vstupují buď po pobytu ve zdravotnickém zařízení, nebo i přímo z domova. Z pohledu zdravotnictví se jedná o třetí fázi poskytování zdravotních služeb. Cílem první – akutní fáze je stabilizace stavu pacienta a odstranění nebo omezení příčiny onemocnění, v druhé – následné by pak mělo dojít k co největší obnově funkčních schopností. V případech, kdy není druhá fáze úspěšná, se pacienti stávají klienty dlouhodobé péče, jejímž cílem je kompenzace trvalé nesoběstačnosti (Hroboň, 2011).

Z výše uvedeného vyplývá, že dlouhodobá péče se také stává péčí o člověka na sklonku jeho života, a tudíž by měla být její přirozenou integrální součástí tzv. paliativní péče. WHO tuto péči definuje jako péči, která si klade za cíl zlepšení kvality života nevyléčitelných pacientů

⁵ Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) chápe funkční zdraví a disability jako dynamickou interakci mezi zdravotním stavem a kontextuálními faktory, kterými jsou jak osobní, tak environmentální faktory (Wija a Holmerová, 2013).

i jejich rodin prostřednictvím prevence a účinného mírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání (WHO, 2004). Často bývá spojována především s péčí poskytovanou onkologicky nemocným v terminální fázi, pro dlouhodobě nemocné seniory je méně dostupná – zejména pro osoby s demencí a nejvyšší věkové kategorie. Značná část seniorů umírá v zařízeních, v nichž paliativní péče není dostatečně rozvinuta (Macková, 2009). Nedostatečná či chybějící paliativní složka péče v domácí péči i v zařízeních pobytových služeb může podle WHO (2004) zvýšit počet hospitalizací na konci života. Rozhovory s těžce nemocnými pacienty odhalily, že více než jeden ze tří, kteří by dávali přednost paliativní péči před prodlužováním života a umírání, považují poskytovanou lékařskou péči za péči neodpovídající jejich přání. Tato nekonzistence mezi preferencemi nemocných a skutečností tak mimo jiné zvyšuje náklady na zdravotní péči (WHO, 2004).

Na základní úrovni rozlišujeme dlouhodobou péči formální a neformální. Podstata tohoto rozdělení tkví ve vztahu mezi příjemcem a poskytovatelem pomoci. Formální (tj. profesionální) péče je poskytována na smluvním základě a je placená. Oproti tomu neformální pečovatel péči poskytuje bez nároku na plat (ačkoliv může pobírat finanční podporu na péči), jeho pečovatelské povinnosti nebývají smluvně vymezeny, a nemá stanovené časové omezení své práce. Neformálně je péče poskytována především pomocí rodiny, přátel a sousedů. Neformální pečovatelé nejsou zpravidla odborně vyškoleni pro poskytování péče, ale mohou absolvovat odborný výcvik apod. Péče formální je poskytována prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb a zahrnuje široké spektrum komunitních služeb i institucionální péči poskytovanou v ošetrovatelských domovech a v hospicích (OECD, 2005). V závislosti na místě, kde dochází k poskytování služeb, můžeme v rámci dlouhodobé péče vydělit péči domácí a institucionální.

3.3.1 Domácí péče

Publikace WHO (2008) věnovaná domácí péči v Evropě vymezuje cíl domácí péče jako uspokojování zdravotních a sociálních potřeb člověka v jeho domově poskytováním vhodných vysoce kvalitních zdravotních a sociálních služeb formálními i neformálními pečovateli. Cílem by měla být tzv. komplexní domácí péče definovaná jako forma péče, která integruje odbornou zdravotní péči, sociální péči a pomoc i laickou pomoc v oblasti sebepéče nebo za účasti blízkých osob klienta (Jarošová, 2006). V českém prostředí je pojmem domácí péče nazývána domácí zdravotní péče, která zpravidla nezahrnuje sociální komponentu péče.

Ve většině evropských zemí se formální domácí péče nachází na rozhraní sociálního a zdravotního systému. Zdravotní služby („home care“) poskytované zdravotnickým systémem zahrnují rehabilitaci a ošetrovatelskou péči. V domácnosti seniora se tak mohou například provádět odběry biologického materiálu, aplikace injekcí a insulínu, ošetřovat kožní defekty a rány, podávat léky, provádět odborné a ošetrovatelské rehabilitace, provádět zácvičky rodinných příslušníků či blízkých ke zvládnutí jednoduchých ošetrovatelských intervencí a podobně (Karmelitová aj., 2005). Tato péče je určena především pro seniory, osoby s komplexním onemocněním, nebo terminálně nemocné. Méně se také využívá při akutních onemocněních a při řešení pooperačních stavů. Na důležitosti nabývá v souvislosti se

zkracováním délky hospitalizace a redukcí lůžek akutní péče probíhající ve všech vyspělých zemích.

Sociální služby („home help“) pomáhají klientovi s péčí o domácnost, nákupem, obstaráváním jídla, úklidem, běžnou administrativou (vyplňování formulářů, placení účtů, ...), s osobní péčí (oblékání, koupání apod.). Tyto úkony v podstatě nahrazují neformální péči, nicméně ji mohou také doplňovat či stimulovat (poskytování rad). Některé země mají sociální a zdravotní složku integrovanou v rámci jedné organizace, za kterou zodpovídají místní samosprávy – především Dánsko, Finsko a Švédsko (WHO, 2008). Poměr mezi poskytováním sociální a zdravotní složky domácí péče se mezi zeměmi liší. Česká domácí péče svým charakterem činností odpovídá pojmu „home care“, zatímco ve většině států Evropy (např. Švýcarsko, Nizozemí) jsou rozvinuty spíše formy domácí péče s vyšším podílem sociální péče, a jedná se tedy spíše o tzv. home help (Jarošová, 2006).

Vývoj péče v domácnostech vychází z historie péče o staré a nemocné lidi popsané v předcházející podkapitole. Ve svých počátcích byla domácí péče realizována v rámci rodiny pacienta anebo za přispění dobrovolnické či církevní instituce. Role státu v této oblasti získala na významu v 19. a zejména 20. století, kdy byly budovány velkokapacitní instituce a nemocnice. Kritika institucionalizace se jak ze strany profesionálů, tak ze strany samotných klientů, objevuje napříč západní Evropou a severskými státy od 50. let minulého století. V 60. letech potom přišly první pokusy o redukci dlouhodobého umístění (nejen) seniorů do nemocničních zařízení a o restrukturalizaci institucionálních zařízení. Tento proces však v jednotlivých evropských státech probíhal v různou dobu a s odlišnou intenzitou – například v zemích východní Evropy přetrvávala institucionální péče jako převažující forma až do 90. let 20. století. Také kvalitativní charakter deinstitucionalizace se v jednotlivých zemích odlišoval. Například ve skandinávských zemích a Anglii nebyla politika cílená na posun přímo k rodinné péči, ale spíše ke komunitním službám. V podstatě všechny evropské státy se dnes shodují na důležitosti poskytování celého spektra péče ohroženým skupinám, ačkoliv konkrétní přístupy se v závislosti na historickém vývoji a kontextu liší stát od státu. Například v jižní části Evropy se formální domácí péče ještě zcela nerozvinula, zatímco některé severské státy mají zase nedostatečně vyvinutý dobrovolnický sektor. Tyto rozdíly jsou kromě historických faktorů vysvětlovány odlišnou základní úrovní sociálního zabezpečení, tradiční rolí státu a občanské společnosti a názory (očekávání) ohledně odpovědnosti za domácí péči.

V České republice jsou první zmínky o ošetřovatelství v domácnostech z 12.–13. století, vykonávaly je řeholnice (např. bekyně). V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví známé diakonky, jejich činnost však byla v 16. století zakázána církví. Po několika století pak byli nemocní ošetřováni v institucích. První pokusy v oblasti domácí péče s charakterem sociálního ošetřovatelství byly realizovány s podporou Československého červeného kříže v meziválečném období. K masivnímu rozvoji ošetřovatelských škol došlo po druhé světové válce, novým oborem byla odborná výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách (Staňková, 2003; cit. v Jarošová, 2007). Řeholní sestry byly po roce 1948 ze zdravotnictví vytěsněny a tak se hlavní těžiště práce civilních sester přesunulo z obce do nemocnic a institucí. Odpovědnost za provádění domácí péče přebíral stát.

V 70. letech minulého století byla jako významný prvek komunitního ošetrovatelství zavedena tzv. geriatrická sestra, ta však byla v 90. letech zrušena. Částečně práci těchto sester převzaly agentury domácí péče, které začaly vznikat po revoluci. Jejich funkce je však mírně odlišná, sestry v těchto agenturách se soustředí vždy na jednotlivé pacienty, jimž veškerou péči indikuje lékař, jejich rolí není vnímat a řešit problémy celé komunity (MPSV, 2013c).

Dnes představuje domácí péče jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví vyspělých zemí. Na tento rozvoj má vliv mnoho společenských faktorů, z nichž můžeme jmenovat například rostoucí poptávku veřejnosti po službách v domácím prostředí, populační stárnutí, změněnou epidemiologickou situaci vyspělých zemí (chronická a neurodegenerativní onemocnění), nebo politické faktory (obavy spojené s rostoucími náklady na péči, politika deinstitucionalizace).

Svůj význam má také rozvoj moderních technologií. Rozvoj techniky v terénní péči – např. telemedicína, telenursing – umožňuje monitorování pacientů a dokonce i poskytování některých služeb na dálku za použití internetu, videokonference, videotelefonu apod. Nezapomenutelný význam mají asistivní technologie především pro seniory žijící osamoceně. Technologie na jednu stranu pomáhají umožnit lidem nezávislý život ve vlastním domově, jejich používání má však i výrazný ekonomický motiv – měly by redukovat finanční náklady na zajištění péče – snížením počtu návštěv u praktických lékařů, zkrácením doby hospitalizace apod. (MPSV, 2013c). Současně se také rozvíjí aktivity podporující nezávislý život seniorů prostřednictvím úprav bydlení – přizpůsobení toalet a sprch, zdvihací zařízení apod. (WHO, 2008).

Domácí péče zkracuje nebo i nahrazuje případnou léčbu v nemocnici. Výhody této formy péče můžeme spatřovat zejména v individualizované péči dle specifických potřeb každého jedince v jemu známém prostředí. Lépe tedy dokáže respektovat autonomii a důstojnost seniora než prostředí v institucích. Domácí prostředí také významně přispívá k psychické pohodě pacienta a umožňuje zachování kontaktů s rodinou, pokud je nablízku. Svým charakterem také eliminuje vliv nozokomiálních nákaz⁶ a iatropatogenního poškození⁷ (Domácí péče, 2006). Zpráva WHO (2008) taktéž uvádí, že domácí péče je efektivnější a účinnější než institucionální péče z hlediska jejich nákladů, a je tedy výhodnější i z hlediska veřejných výdajů.

Domácí zdravotní péče je provozována multidisciplinárním týmem pracovníků, součástí zdravotní péče v domácím prostředí pacienta jsou komponenty specializované ošetrovatelské péče, rehabilitační péče, psychoterapeutické péče, terapeutické medicínské péče a péče poskytované dalšími zdravotnickými pracovníky. Pacient spolu se svou rodinou/blízkými jsou aktivními participanty domácí péče v rámci principu subsidiarity (Jarošová, 2006).

3.3.2 Neformální domácí péče

Jako neformální pečovatel se tradičně označuje člověk, který se stará o rodinného příslušníka, partnera, kamaráda nebo souseda vyžadujícího pomoc z důvodu nemoci, křehkosti, či disability,

⁶ nákaza vzniklá při pobytu v nemocnici nebo v příčinné souvislosti s tímto pobytem (Maxdorf, 2008–2013)

⁷ negativní vědomé či nevědomé konání zdravotnického personálu, které ve svém důsledku vyústí v poškození pacienta (Maxdorf, 2008–2013)

příčemž tato pomoc je poskytována bezúplatně (WHO, 2008). Na individuální úrovni mohou být stimulem pro poskytování neformální péče nejrůznější důvody – vlastní hodnoty, tradice, nedostatek prostředků pro zajištění formálních služeb nebo jejich nedostupnost. Studie využití času a životních podmínek seniorů ukazují, že více než 80 % z celkového objemu času, kdy je poskytována péče, připadá na péči neformální. Jedná se především o péči na nižší úrovni (instrumentální aktivity denního života – viz výše), ale neformální pečovatelé poskytují péči i osobám s nejvyšším stupněm postižení (OECD, 2005). Péče rodinná je v souladu s principem subsidiarity, neboť je zajišťována člověku nejbližší institucí. Osobní vztah k seniorovi je předpokladem poskytování emocionální složky péče ve vyšší míře, než je obsažena v případě ostatních forem. Na druhou stranu nevýhodou může pro příjemce péče být nižší zdravotnická způsobilost pečovatelů z řad rodiny a známých oproti profesionálům. Péče zajišťovaná rodinnými pečovateli může být různé povahy a intenzity, v literatuře bývá obvykle dělena do třech hlavních skupin (Jeřábek aj., 2005; Triantafyllou, 2010). Nejnáročnější je *osobní péče* spojená s rutinními aktivitami každodenního života (osobní hygiena, krmení, zvedání, ... – viz ADL). Méně pravidelnou a časově méně náročnou formou péče je *neosobní péče*, která zahrnuje především péči o domácnost (viz IADL). Nepravidelná občasná výpomoc, která může mít nejrůznější podobu (finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, pomoc s administrativními úkony, ...) bývá označována jako *péče podpůrná*.

Nejčastěji rodinnou péči o starého člověka zajišťují partneři a děti s jejich partnery (Jeřábek aj., 2005). V poskytování neformální péče jsou výrazné genderové rozdíly. Pečovatelství je vnímáno jako součást ženské přirozenosti a jako součást role ženy v manželství a rodině (Svobodová, 2006). Osobní péči větším dílem zabezpečují ženy – manželky, dcery nebo snachy. Nejfrekventovanějším model péče v rodině je manželka sama pečující o svého nemohoucího manžela. Podle Millerové (cit. v Jeřábek aj., 2005) manželky poskytují svým partnerům nejdůslednější a nejspolehlivější péči a brání se jejich umístění do institucionální péče delší dobu než ostatní skupiny pečujících. Manžel pečující o nesoběstačnou manželku se o péči často dělí s dcerou nebo snachou manželky (Jeřábek aj., 2005). Přestože muži i ženy vykazují podobné pocity synovské a dceřiné zodpovědnosti, v praxi se zodpovědné za tuto péči obvykle stávají dospělé dcery (Dwyer – Coward, 1992; Kuchařová, 1997; cit. v Svobodová, 2006). Synové mají sklon angažovat se jen v případě, kdy dcery v rodině nejsou nebo žijí příliš daleko, i za těchto okolností ale často spoléhají na pomoc svých partnerek (Dwyer – Secombe, 1991; cit. v Svobodová, 2006). Jako vysvětlení toho, proč muži cítí zodpovědnost za péči o seniory jinak než ženy, bývají ve studiích uváděna dvě hlavní vysvětlení. Muži jednak pocítují závazek ke svému zaměstnání, a také jsou přesvědčeni, že nezvládnou péči tak dobře, jako ženy (Aronson, 1992; cit. v Svobodová, 2006). Významné genderové rozdíly také existují v závislosti na intenzitě poskytované péče. Čím náročnější je osobní asistence, tím pravděpodobněji ji vykonává právě žena. Muži zastávají spíše pomoc v domácnosti (OECD, 2005). Muži také častěji než ženy poskytují péči své partnerce (manželce) spíše než jiným příbuzným (Colombo aj., 2011). Ke stejnému zjištění dospěla i analýza Evropského centra pro sociální politiku a výzkum (Gasiór aj., 2012) – muži poskytují péči většinou pouze v situaci, kdy sdílí s opečovávanou osobou stejnou domácnost. V nejvyšších věkových skupinách (75+) jsou

v některých zemích muži dokonce častěji pečovateli než ženy – tato situace je způsobena tím, že v tomto věku muži častěji než ženy žijí v partnerství.

Neformální pečovatelé (především ženy) jsou ohroženi vyšším rizikem chudoby v důsledku nižších mezd a přerušované pracovní kariéry. Poskytování neformální péče může také vést k sociální izolaci a zhoršení duševního zdraví. Tyto tzv. skryté náklady neformální péče (Triantafyllou aj., 2010), mohou v konečném důsledku ohrozit poskytování neformální péče jako takové (Marin aj., 2009), a proto je nezbytné zajištění podpory neformálních pečovatelů. V literatuře se obecně uvádí několik forem této podpory. Jednak je to finanční podpora, která může být poskytována buď přímo příjemci péče (zpravidla ve výši odvislé od stupně závislosti), případně pečující osobě. Dalším nástrojem jsou nejrozličnější podpůrné služby: kurzy pro pečovatele, poradenské služby, podpůrné skupiny, dobrovolnická pomoc apod. a především respite (odlehčovací) služby⁸ (Jeřábek aj., 2005). V některých zemích je součástí veřejné politiky podporující neformální péči i politika harmonizace pracovních a profesních rolí pečovatele, věnuje se jí však v porovnání se situací v oblasti péče o děti velmi málo pozornosti.

3.3.3 Ústavní péče

Někteří senioři se z nejrozličnějších důvodů (například zdravotní stav, chybějící přístup k neformální péči, nedostupnost terénních služeb nebo neinformovanost o těchto službách, nevyhovující domácí prostředí, ...) dostanou do situace, která jim nedovoluje nadále setrvat v jejich vlastním prostředí. Mimo domácí prostředí je tak formální dlouhodobá péče poskytována v ústavních (institucionálních) zařízeních, která svým klientům poskytují zdravotní a sociální péči a slouží rovněž jako (převážně trvalé) bydliště rezidenta.

Je nutné rozlišovat jednotlivá zařízení poskytující ústavní formu dlouhodobé péče, jelikož jejich charakter je z hlediska struktury rezidentů (především dle zdravotního stavu) a poskytované péče značně odlišný. Jejich kategorizace je však z důvodu diferencovaných podmínek napříč zeměmi obtížná, neexistují totiž obecně platné „definice“ jednotlivých typů služeb dlouhodobé péče. Ve většině evropských zemí existují „nursing homes“ poskytující ošetrovatelskou (zdravotní) péči 24 hodin denně. Vedle těchto „ošetrovatelských domovů“⁹ fungují také rezidenční domovy, kde je omezenější přístup ke zdravotní péči – její větší část poskytuje nižší zdravotnický personál. Mohou to být například i rezidence se samostatnými pokoji či byty (Ribbe aj., 1997). V některých zemích je dlouhodobá péče poskytována rovněž v nemocnicích nebo v jiných institucích podobných nemocnicím (jako jsou například léčebny dlouhodobě nemocných v Česku).

Institucionalizace může pro seniory představovat veliký psychický stres, protože je spojená s velkou změnou jejich životního stylu a rovněž jistou ztrátou autonomie, soukromí a kontaktů s blízkými lidmi. Na druhou stranu lze předpokládat, že zatímco některými může být přechod k ústavnímu bydlení vnímán negativně a jako „poslední štace“, někteří (zejména osamělí) senioři se zde mohou cítit spokojeně, protože zde nacházejí nové přátele a mohou se zapojit do

⁸ umožňují pečujícím „vzít si volno“ od svých pečovatelských povinností (OECD, 2005) sladit tak jejich roli pečovatele s ostatními společenskými rolmi

⁹ v německy mluvícím prostředí Pflegeheim, ve Skandinávii sykehjem apod. (Holmerová aj., 2013)

nových aktivit. Podíl institucionalizovaných osob se v evropských zemích významně odlišuje, obecně však můžeme říci, že exponenciálně stoupá s věkem a mezi příjemci této formy pomoci významně převažují ženy a dále lidé ovdovělí a rozvedení (Vohráliková a Rabušic, 2004).

Od trvalé ústavní péče odlišujeme dočasné – krátkodobé (denní, týdenní) pobyty nesoběstačných osob v zařízeních – tzv. semimurální (poloústavní) péče. Ta představuje mimo jiné významnou pomoc pro pečující osoby. V případě denních center tato péče pokrývá dobu, kdy jsou rodinní příslušníci – pečující v práci.

3.3.4 Vztah formální a neformální péče

Pro optimální fungování komplexní dlouhodobé péče je potřebná vzájemná spolupráce a koordinace mezi formální a neformální péčí. Z tohoto pohledu je podstatný partnerský vztah mezi formálními a neformálními poskytovateli péče (edukace neformálních pečovatelů, vzájemné předávání informací a zkušeností). Neformální pečovatelé jsou však profesionálními pečovateli často podceňováni. Nenahraditelnou roli v tomto vztahu hraje zabezpečení profesionálních terénních služeb (Triantafyllou et al., 2010).

Podle závěrů Bonsanga (2009) vztah mezi formální a neformální závisí na náročnosti péče, jež její příjemce vyžaduje. Zatímco vztah mezi poskytováním neformální péče a neodborné formální péče (pomoc s IADL aktivitami) je substituční, v případě potřeby náročné ošetrovatelské péče (pomoc s ADL aktivitami) se mění na komplementární. Podle Viitanena (2007, cit. v Pommer aj., 2007) formální služby substituují neformální péči poskytovanou mimo domácnost, ale ne péči poskytovanou v rámci domácnosti. Hierarchický model péče (Cantor a Little, 1985; cit. v Pommer aj., 2007) je založen na principu poskytování formálních služeb až po vyčerpání rodinných zdrojů (možností). Podle Oasise (2003, cit. v Pommer aj., 2007) se mění charakter poskytování neformální péče – pokud jsou dostupné formální služby, rodina se přeorientuje na poskytování méně nenáročné (podpůrné) péče, zatímco intenzivní péči přenechává profesionálním poskytovatelům. V závislosti na míře odpovědnosti veřejného sektoru za zajištění péče Pommer aj. (2007) uvádějí následující typologii států: u skandinávského modelu primární odpovědnost spočívá na jedinci, v případě tzv. kontinentálního modelu na nukleární rodině a u jihoevropského na rozšířené rodině. Přitom s menší odpovědností rodiny roste role státu.

V obecné rovině je jako ideální řešení dlouhodobé péče přijímaná integrovaná péče na rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí, a mezi péčí formální a neformální – tedy například kombinace rodinné péče a terénních a/nebo krátkodobých pobytových služeb. Trvalá institucionalizace by měla být nejzazším řešením. Optimální zajištění péče představují např. menší komunitní gerontologická centra poskytující široké spektrum služeb pokrývajících potřeby seniorů s různými formami omezení – od aktivizačních programů, přes ambulantní a terénní sociální i zdravotnické služby, i pobytovou formu péče.

Příkladem dobré praxe v českém prostředí je z tohoto pohledu Gerontologické centrum v Praze 8, které vzniklo již na počátku devadesátých let. Rozvíjí se na základě poptávky po službách a dbá na jejich návaznost. Provozuje lůžkové oddělení následné péče (46 lůžek odborného léčebného ústavu geriatrického). Některá lůžka jsou specializovaná pro pacienty

s demencí, jimž slouží i denní stacionář (určený i pro ostatní nesoběstačné klienty). Na hospitalizaci navazují služby domácí péče a osobní asistence. Součástí centra jsou ordinace geriatra a praktického lékaře, kteří zajišťují kontroly po hospitalizaci a včasnou diagnostiku a terapii, a služby praktického lékaře lidem žijícím v domech s pečovatelskou službou. Další aktivity pro seniory (vycházky, výlety apod.) provozuje sdružení Gema (Alföldi Šperkerová, 2013).

Kapitola 4

Sociodemografické aspekty dlouhodobé péče

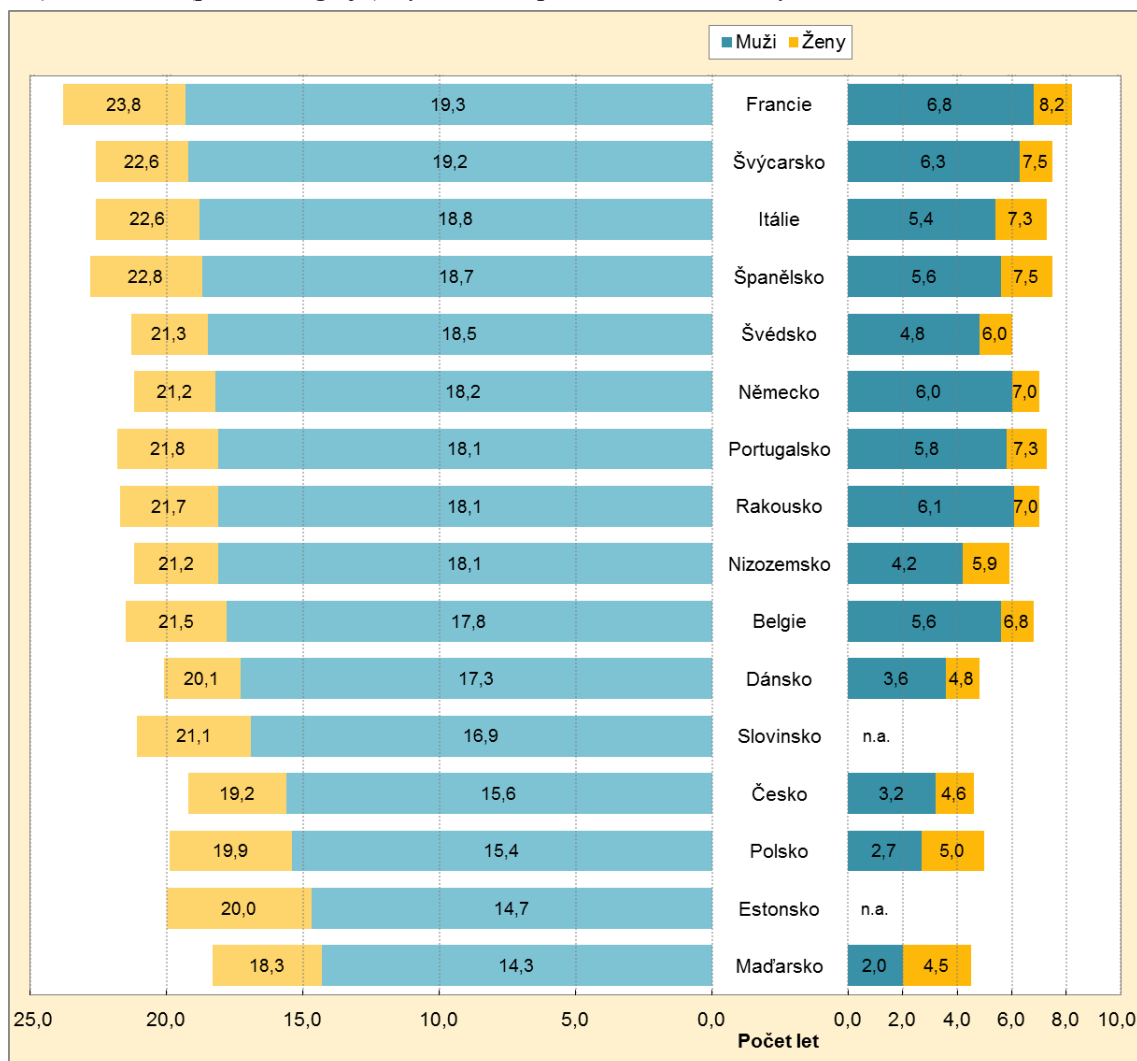
4.1 Rostoucí význam seniorů v evropských populacích

Ve vyspělých zemích došlo v posledních desetiletích k významnému nárůstu dlouhověkosti. Oproti minulosti, kdy byly příspěvky k růstu střední délky života způsobeny především snižováním kojenecké úmrtnosti, v současnosti jsou zapříčiněny hlavně poklesem úmrtnosti v pokročilých věcích, které začalo v 50.–60. letech 20. století. Míra úmrtnosti ve věkové skupině 80–99 let ve většině vyspělých zemí (s výjimkou východní Evropy) klesala od počátku 60. let o 1–2 % ročně u žen a o 0,5–1,5 % u mužů (Kannisto, 1994; cit. v Jacobzone, 1999). V zemích, kde tento pokles začal nejdříve, najdeme nyní nejvyšší podíly osob nad 80 let věku – Itálie, Německo, Švédsko (viz obr. 2). V souvislosti s tímto vývojem se v evropských zemích také významně zvýšila naděje dožití ve věku 65 let (obr. 1). Mezi faktory, které tento nárůst způsobily, patří pokroky ve zdravotní péči, obecně dostupnější zdravotní péče, zdravější životní styl a v neposlední řadě lepší životní podmínky osob před i po dosažení věku 65 let.

Ve všech vybraných zemích se střední délka života v 65 letech od roku 1960 prodloužila více ženám než mužům (v průměru o více než 6 let, respektive téměř o 5 let). Největší rozdíl mezi lety života získanými od roku 1960 v závislosti na pohlaví najdeme v zemích, kde je naděje dožití v rámci srovnávaných zemích nejnižší – v Maďarsku (dokonce více než dvojnásobný rozdíl), Polsku a Česku. Naopak v Rakousku, Německu a Švýcarsku jsou rozdíly velmi malé.

V roce 2011 měla v průměru 65letá žena ve vybraných zemích před sebou dalších 21 let života a 65 letý muž 17 let života. Nejvyšší naděje dožití v tomto věku byla pro obě pohlaví ve Francii. Naopak nejnižší hodnotu jsme zaznamenali u mužů i žen v Maďarsku. Rozdíl mezi střední délkou života ve Francii a Maďarsku byl v roce 2011 rovný 5,0 pro muže a 5,5 roku pro ženy. V roce 1960 byl rozdíl mezi nejdelší a nejkratší střední délkou života v 65 letech jen necelé 2 roky pro obě pohlaví a rozdíl mezi maximy a minimy v rámci obou pohlaví byl rovněž na úrovni 2 let (OECD, 2013). Rozdíly se tedy v průběhu posledních 50 let zvýšily, projekce Evropského statistického úřadu Eurostat (2014) však vychází z předpokladu budoucí postupné konvergence hodnot naděje dožití jak mezi jednotlivými státy EU, tak mezi pohlavími.

Obr. 1: Naděje dožití v 65 letech v roce 2011 (levá část grafu) a rozdíl v naději dožití v 65 letech mezi roky 1960–2014 (pravá část grafu), vybrané evropské země, muži a ženy



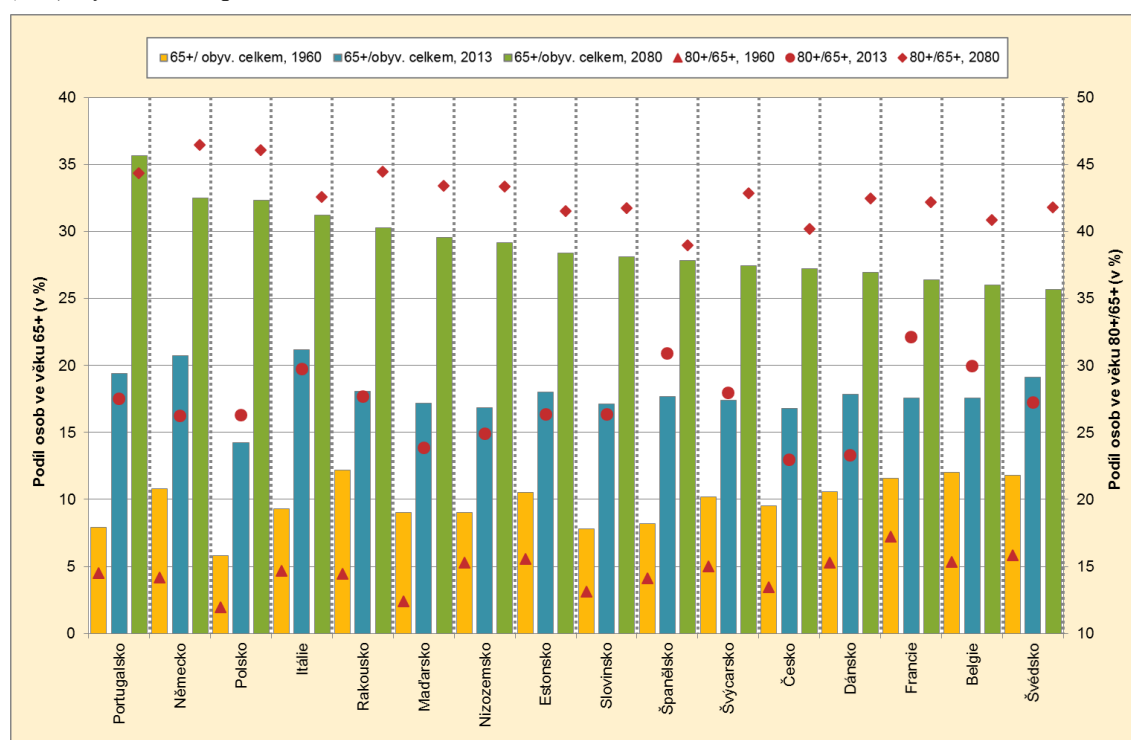
Pozn.: n.a. – údaj není k dispozici

Zdroj: Eurostat, 2013; OECD, 2013

Zatímco celkový počet obyvatel se v úhrnu ve vybraných šestnácti zemích (stejně jako v celé EU) do roku 2080, jenž je horizontem uvedené projekce, výhledově pravděpodobně příliš nezmění, jejich populace bezprecedentně zestárnou (obr. 2). Nárůst podílu osob seniorského věku – demografické stárnutí, kde za hranici „stáří“ se považuje chronologický věk 65 let (Calot aj., 1999 cit. v Rychtaříková, 2011), je způsoben jak urychleným nárůstem počtu obyvatel vyšších věkových skupin díky nižší úmrtnosti – tzv. stárnutí „od vrcholu populační pyramidy“, tak také pomalým růstem mladých věkových skupin z důvodu nižší porodnosti – tzv. stárnutí „od základny populační pyramidy“. Projektovaný značný nárůst počtu osob seniorského věku v evropské společnosti můžeme vzhledem ke skutečnosti, že téměř všichni budoucí senioři (osoby, které v horizontu projekce dosáhnou věku 65 let a vyššího) byli již na prahu projekce naživu, považovat za velmi pravděpodobný. Největší změny v populačních strukturách se přitom odehrají v nejbližších desetiletích, kdy budou do důchodu odcházet silné poválečné ročníky. Průměrné zastoupení osob nad 65 let v populacích vybraných zemí pravděpodobně

vzroste ze současných 18 % do roku 2080 na téměř třetinu, v roce 1960 přitom senioři tvořili jen desetinu populace. Dynamika populačního stárnutí se však v jednotlivých zemích bude (zejména s ohledem na jejich rozdílné výchozí věkové struktury) lišit a pořadí zemí z hlediska podílu seniorů na obyvatelstvu se významně promění. Země, které mají v současnosti v porovnání s ostatními relativně mladou věkovou strukturu (nejvýrazněji Polsko, ale také Maďarsko a Nizozemsko) se budou v budoucnu řadit mezi ty nejstarší. Naopak tradičně starší populace Švédska, Francie, ale také Belgie a Dánska se zařadí mezi relativně nejmladší. Česko nyní kromě Polska (s vůbec nejnižším zastoupením seniorů v populaci) patří (společně s Maďarskem, Nizozemskem, Slovinskem a Švýcarskem) do skupiny států s nejmladší věkovou strukturou a dle nejnovější projekce Eurostatu (2014) bude i v roce 2080 náležet mezi státy s relativně nižším podílem osob 65+.

Obr. 2: Podíl osob 65ti letých a starších v populaci a podíl osob ve věku 80 let a více v populaci seniorů (65+), vybrané evropské země, 1960, 2013 a 2080

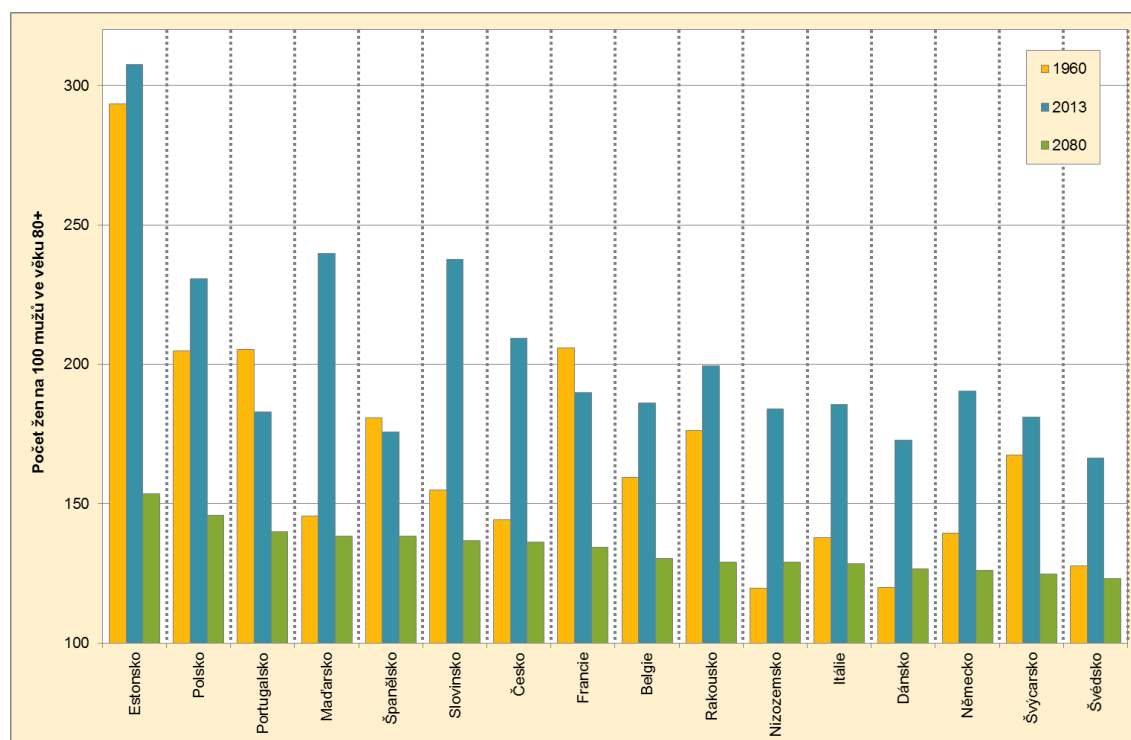


Zdroj: Eurostat, 2014; OECD, 2013

Z hlediska budoucích požadavků na dlouhodobou péči nás však zajímá zejména vývoj věkové skupiny 80letých a starších (tzv. oldest old) – u této věkové skupiny se předpokládá větší spotřeba lékařské péče i sociální pomoci (Rychtaříková, 2011). Právě tato věková skupina poroste ve všech evropských zemích nejdynamičtěji – její zastoupení v populacích daných zemí se průměrně znásobí více než 2,5 krát z necelých 5 % na více než 12 %. Vůbec s největší intenzitou populace starších seniorů poroste v Polsku, kde se její podíl v populaci téměř zčtyřnásobí na 15 %. V České republice budou tzv. oldest old pravděpodobně představovat zhruba 11 % obyvatelstva, oproti současným necelým 4 %. Ve struktuře seniorů tak podle projekce (Eurostat, 2014) zastoupení věkové kategorie 80+ v rámci všech 16ti zemí naroste ze současných 27 % na 43 % v roce 2080.

V současné době v evropských populacích mezi seniory výrazně početně převažují ženy nad muži, což bylo způsobeno především nepříznivými úmrtnostními poměry dospělých mužů v 50. a 60. letech minulého století (Keilman a Christiansen, 2010). Nyní však mezi muži a ženami dochází ke sbližování hodnot naděje dožití (tedy úmrtností poměry mužů se zlepšují rychleji, než úmrtnostní poměry žen) a tento trend bude v budoucnu pravděpodobně pokračovat. Podíl počtu žen k počtu mužů (index feminity) se zvyšuje s pokračujícím věkem a ve skupině starších seniorů je převaha žen nad muži velmi výrazná ve všech sledovaných zemích (obr. 3) – v průměru v roce 2013 připadaly ve věku 80 let a více na 1 muže 2 ženy. Rozptyl hodnot mezi zeměmi je nicméně poměrně rozsáhlý – zatímco v Estonsku na 1 muže připadají téměř 3 ženy, ve Švédsku je to pouhých 1,3 žen. Průměrný index feminity se podle základní varianty projekce Europop 2013 (Eurostat, 2014) do roku 2080 sníží o více než třetinu na úroveň nižší, než v roce 1960. Menší převahy žen nad muži ve vysokém věku do budoucna zvýší pravděpodobnost starších žen žít s partnerem, což má důležitý dopad na poskytování neformální péče.

Obr. 3: Index feminity (počet žen na 100 mužů) ve věku nad 80 let, vybrané evropské země, 1960, 2013 a 2080

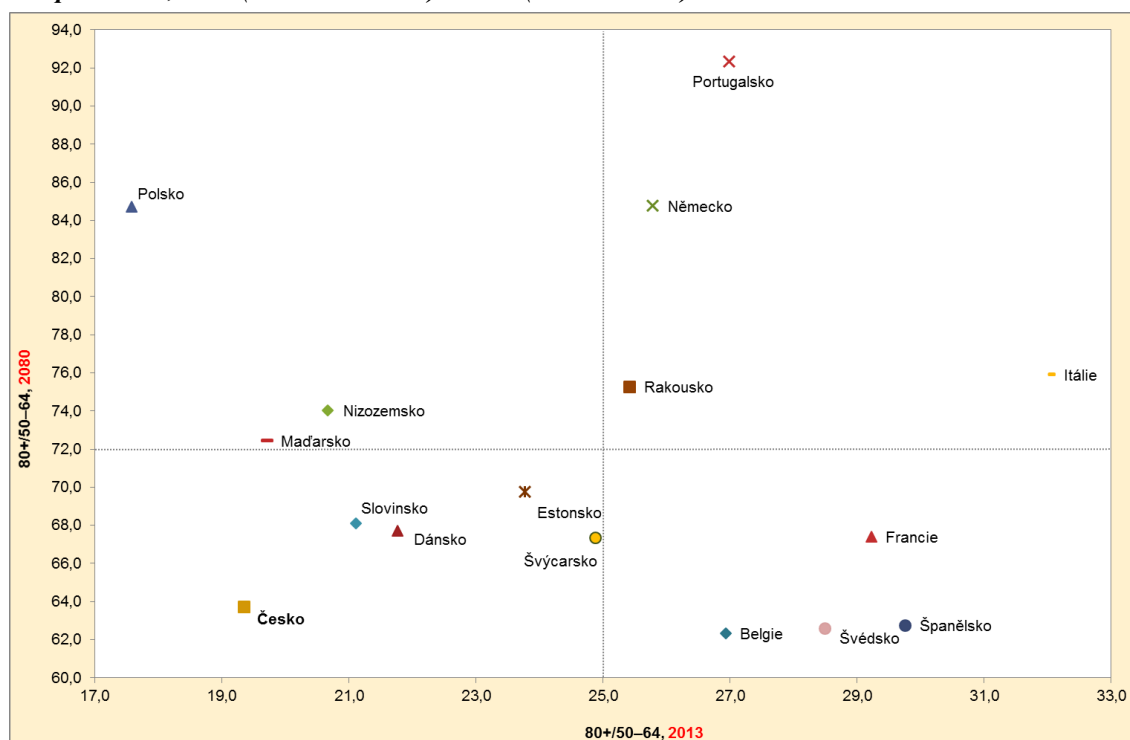


Zdroj: Eurostat, 2014

Změna relací v zastoupení jednotlivých věkových skupin v evropských populacích má kromě rostoucího počtu seniorů (jakožto potenciálních čerpatelů dlouhodobé péče) i další důležité implikace z hlediska dlouhodobé péče. Zatímco podíl dětské složky populace v horizontu projekce ve výběru zemí zůstane zhruba na výchozí úrovni (zhruba 15 % populace), podíl populace v ekonomicky aktivním věku se „na úkor“ seniorské populace přibližně o 10 % zmenší (Eurostat, 2014), což bude mít závažné, nejen ekonomické, důsledky. Osoby ve věku 15–64 let jsou nejenom zdrojem prostředků pro financování (nejen) péče o seniory, ale také pracovní silou poskytující profesionální DP a neformálními pečovateli.

Pro jednoduchý popis vzájemných relací mezi věkovými skupinami v populaci se používají indexy věkové struktury (indexy stárí, ekonomické závislosti). Vedle partnerů jsou nejdůležitějšími poskytovateli neformální dlouhodobé péče děti, a proto z tohoto pohledu vznikl tzv. „parent support ratio“ (United Nations, 2002; cit. v Herlofson a Hagestad, 2011) definovaný jako počet osob ve věku nad 80 let na 100 osob ve věku 50–64 let. Tento ukazatel je na populační úrovni hrubým (orientačním) ukazatelem požadavků kladených na rodiny z hlediska poskytování podpory jejím nejstarším členům. Při pohledu na rozmístění bodů (zemí) v grafu na obr. 4 vidíme, že hodnoty tohoto ukazatele v současnosti a v roce 2080 nejsou vzájemně korelovány. Zatímco v roce 2013 připadalo ve všech 16 zemích v průměru 25 starších seniorů na 100 osob ve věku odpovídajícím generacím jejich dětí, v roce 2080 jich dle základní varianty projekce Europop2013 bude téměř třikrát tolik – 72. Linie, které jsou vedeny těmito průměrnými hodnotami, rozdělují graf na 4 kvadranty. V prvním (vlevo dole) se nacházejí země s podprůměrným počtem osob 80+ na 100 osob ve věkové kategorii 50–64 let ve výchozím i cílovém roce projekce. Ve druhém kvadrantu (vpravo dole) jsou země s poměrně starší výchozí věkovou strukturou oproti první skupině, v budoucnu však pravděpodobně budou mít výhodnější relaci mezi osobami 80+ a 50–64, než 3. a 4. skupina. Vpravo nahoře najdeme 3. skupinu zemí, jimž odpovídá starší výchozí i cílová věková struktura jejich populací. Konečně 4. skupinu vlevo nahoře tvoří země, kde je v současnosti poměr mezi nejstaršími seniory a jejich potenciálními pečovateli relativně příznivý, výhledově jejich populace ale pravděpodobně významně zestárne (viz obr. 2).

Obr. 4: Parent support ratio: počet starších seniorů (80+) na 100 osob ve věku 50–64 let, vybrané evropské země, 2013 (horizontální osa) a 2080 (vertikální osa)

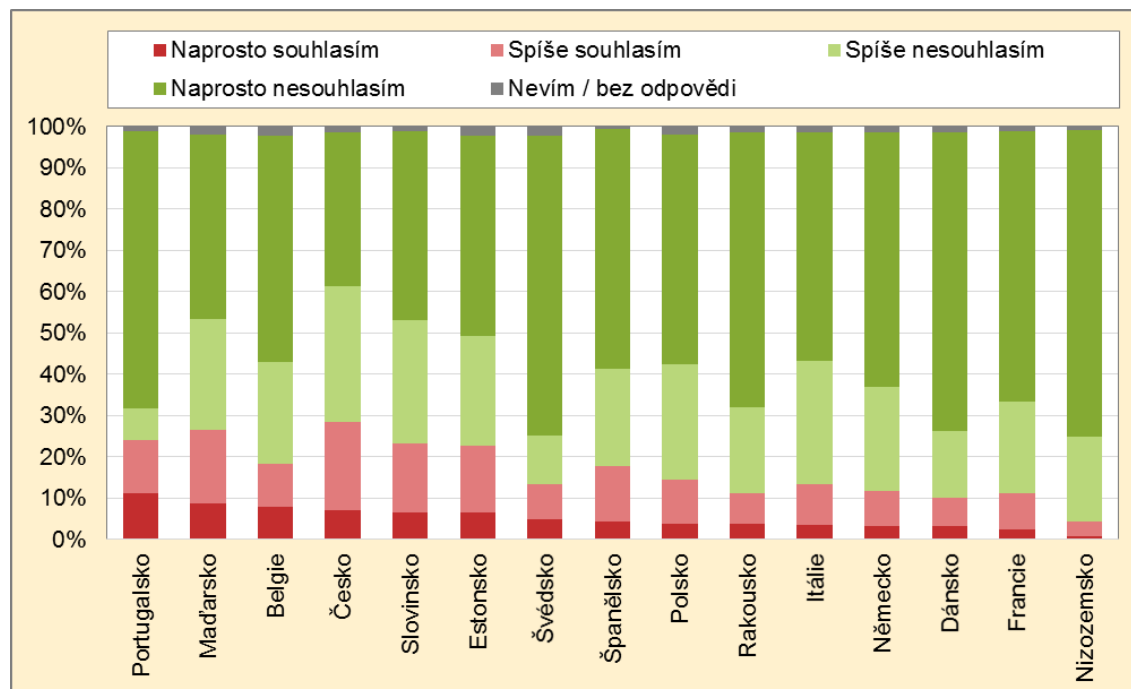


Pozn.: Vodicí čáry protínají osy v průměrné hodnotě indexu v daném roce

Zdroj: Eurostat, 2014

Z hlediska stárnutí evropské populace je důležité pěstovat ve společnosti úctu a respekt ke staří. Ve všech členských státech EU alespoň dvě třetiny populace nesouhlasily s výrokem, že staří lidé jsou zátěží pro společnost (European Commission, 2009). V Nizozemsku (viz obr. 5) s tímto výrokem nesouhlasilo celých 95 % obyvatelstva, naopak v České republice téměř třetina populace sdílela názor, že staří lidé pro společnost zátěží jsou, navíc zde najdeme nejnížší pravděpodobnost naprostého nesouhlasu v rámci obou možností negativních (nesouhlasných) stanovisek. V Portugalsku byla zjištěna nejvyšší míra naprostého souhlasu s tvrzením – přes 11 % populace. Zajímavé je podívat se na výsledky z hlediska věku respondenta – celkově (za EU 27) nejstarší respondenti (nad 65 let) dvakrát častěji oproti nejmladším (do 24 let) respondentům souhlasili, že staří lidé představují břímě pro společnost (25 % vs. 12 %). Negativní náhled na starší populaci v ČR dokládají i výsledky novějšího šetření Eurobarometer (European Commission, 2012a), kdy zatímco v rámci celé Evropské unie jsou dvě třetiny lidí přesvědčeni, že populace nad 55 let je vnímána pozitivně, více než polovina české populace je přesvědčena o opaku (tedy že pro populace nad 55 let je nahlížena negativně). „Horší“ mínění o percepci populace 55+ měli již jen Maďaři.

Obr. 5: Staří lidé jsou pro společnost zátěží: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009



Zdroj: European Commission, 2009

4.2 Zdravotní stav seniorů

Zdraví, jakožto jedna z nejdůležitějších hodnot v životě člověka, má v období stáří klíčový význam. Senioři jsou z hlediska zdravotního stavu mnohem diverzifikovanější než populace ve středním věku, v průběhu života se totiž u jednotlivých jedinců „nakumulují“ jejich rozdílné životní zkušenosti a zdravotní rizika. Pokles funkčních schopností a zvyšování míry závislosti však patří mezi atributy stáří. Zdravotní problémy seniorů jsou v porovnání s mladšími lidmi odlišné, komplexnější – často se objevuje výskyt několika onemocnění najednou s různou závažností, jejichž kumulativní efekt může být mnohem větší, než onemocnění jednotlivá. Staří lidé jsou také vystaveni vyššímu riziku nežádoucích účinků léků a iatrogenního¹⁰ poškození a akutní zdravotní problémy se u nich často „vrství“ na fyzické i psychické postižení, ekonomické problémy a sociální izolaci (WHO, 2004).

Jako nejčastější příčiny nemocnosti a zdravotních omezení vyššího věku jsou uváděny poruchy pohybového systému (artróza, osteoporóza), metabolické poruchy (diabetes), následky traumat, bolestivé syndromy, následky cévních mozkových příhod a kardiovaskulární onemocnění (Válková aj., 2010). Lékařským oborem zabývajícím se diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří i jeho širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví je geriatrie (Holmerová aj., 2007). Těžištěm geriatrické medicíny je tzv. geriatrická křehkost¹¹ (frailty) neboli „chátrání“ starého člověka – věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví bez vazby na konkrétní chorobu(y). Touto svou charakteristikou koncept křehkosti nezapadá do kontextu soudobé specializace zdravotnictví na jednotlivá onemocnění, a zanechává tak mnoho starých lidí „v území nikoho“ – mezi obory, jejichž kompetence jsou vymezeny právě chorobami (Kalvach, Holmerová; 2008). V této souvislosti geriatr MUDr. Kalvach (Zdravotnické noviny, 2014) upozorňuje na riziko diskriminační demedicalizace starých nemocných lidí. Prevalence křehkosti v souboru populace nad 65 let je přibližně 7 % a s věkem narůstá (Kalvach a Holmerová; 2008). Pro osoby postižené stařeckou křehkostí nebo demencí (viz níže) je typický postupný úpadek jednotlivých schopností, prognóza vývoje jejich stavu je ale velmi těžce předvídatelná (Macková, 2009).

Mezi zdravotní problémy, které významně ovlivňují potřebu dlouhodobé péče, patří Alzheimerova choroba a jiná neurodegenerativní onemocnění způsobující demenci. Jsou to závažná progredující a nevyléčitelná onemocnění. Dlouhodobá péče o člověka s demencí je velmi náročná – nemocný se postupně stává zcela závislým na každodenní pomoci druhé osoby. Proto mají tyto choroby závažné důsledky z hlediska zdravotnických i sociálních služeb. S úbytkem kognitivních funkcí pacientů s neurodegenerativním onemocněním se kromě pomoci s ADL a IADL aktivitami pojí také potřeba celodenního dohledu, omezení způsobilosti k právním úkonům a ustanovení opatrovníka (Colombo aj., 2011). Klíčovým rizikovým

¹⁰ Způsobený lékařem v negativním smyslu – např. chybným výkonem, ale i přístupem či nevhodným chováním (Maxdorf, 2008–2013)

¹¹ Křehkost je vymezena přítomností alespoň tří z pěti základních znaků: úbytek tělesné hmotnosti, vyčerpanost, svalová slabost, pomalá chůze a nízká úroveň pohybové aktivity (Kalvach, Holmerová; 2008)

faktorem demence je věk, její prevalence exponenciálně roste s věkem – podle analýzy Alzheimer Europe z roku 2006 (cit. v Colombo aj., 2011) trpí demencí přibližně 12 % osob ve věkové skupině 80–84 let a ve věku nad 85 let dokonce až čtvrtina populace. Se stárnutím populace tedy můžeme očekávat vzestup počtu seniorů žijících s demencí. V České republice žije odhadem asi 130 tisíc lidí se syndromem demence, tento počet se má do roku 2050 zvýšit na cca 225 tisíc. Závažnost situace dokládá skutečnost, že mnoho zemí disponuje na národní úrovni strategiemi – komplexními plány týkajícími se Alzheimerovi choroby, na jejichž plnění mají většinou vyčleněny nemalé finanční obnosy. V ČR se vláda sice zavázala Plán Alzheimer vytvořit, schválen však doposud nebyl (Kašpárková, 2013). Některé země (např. Německo) v reakci na rostoucí prevalenci demence zavedly pro pacienty s kognitivními poruchami i speciální dávku (Colombo aj., 2011).

V minulém století došlo k obrovskému rozvoji medicíny, zejména v oblasti léčiv a moderních technologií, a tak onemocnění, která dříve jistě vedla k smrti nemocného, dnes člověka bezprostředně na životě neohrožuje. Většina lidí tak v dnešní době umírá na progresi nebo komplikaci chronických onemocnění. S výjimkou většiny infekčních chorob však vyléčitelnost onemocnění nebývá úplná, ale je spojena s následnou chronicitou s vlivem na kvalitu života. Prevalence chronických chorob a multimorbidita vzrůstá s věkem, a proto vyšší počet let prožitý ve stáří (spojený s demografickým stárnutím) s sebou současně přináší riziko prožití větší části tohoto období se zdravotními omezeními, což souvisí s potřebou dlouhodobé péče.

V dané epidemiologické situaci již nedostačuje hodnotit zdravotní stav pouze na základě úmrtnostních poměrů (střední délky života), ale tento pohled je potřeba rozšířit o dimenzi dlouhodobé nemocnosti. Klíčovou otázkou přitom je, v jakém zdravotním stavu jsou léta života „přidaná“ na základě prodlužující se střední délky života prožitá (viz předchozí podkapitola). Převážně v 80. letech minulého století se vyvinuly tři okruhy přístupů, které řeší vztah úmrtnosti a nemocnosti – scénář komprese morbidity, expanze morbidity a dynamické rovnováhy (European Commission, 2012b). Optimistická Friesova teorie komprese morbidity předpokládá, že současně se snižováním intenzity úmrtnosti dochází k oddalování chronické nemocnosti do vyššího věku, což vede k současné rektangularizaci křivek úmrtnosti i nemocnosti. Tedy lidé se dožívají vyššího věku v dobrém zdravotním stavu – z této představy vychází koncept zdravého stárnutí. Naopak Gruenberg a Kramer předpokládají, že k vyšší délce života přispívá nižší smrtnost závažných onemocnění, zatímco jejich prevalence a incidence se příliš nemění, čímž se prodlužuje délka života prožitá s disabilitou způsobenou těmito onemocněními. Jejich hypotéza tak předvídá expanzi morbidity. Nakonec Mantonova teorie dynamické rovnováhy je založená na předpokladu současného poklesu jak prevalence a incidence chronických chorob vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu, tak fatality onemocnění přispívající naopak ke zvýšení disability. Tyto dva efekty se tak navzájem kompenzují (Christensen aj., 2008).

Vývoj prevalence disability je potřeba hodnotit z longitudinálního pohledu, pro nějž zatím nebyly v jednotlivých zemích k dispozici dostatečně dlouhé časové řady dat. Publikované analýzy prozatím zcela jednoznačně nepotvrzují žádnou z výše uvedených teorií (hypotéz). Studie z některých zemí hovoří o kompresi morbidity, pro teorii expanzi morbidity nejsou

důkazy (OECD, 2005). Jacobzone (1999) ve své studii zahrnující vyspělé země západní Evropy dokázal zlepšování zdravotního stavu zejména v případě závažné formy omezení, obzvláště ve věku do 80 let a ztelněji pro muže než ženy (Jacobzone, 1999). Ve studii OECD Lafortune aj. (2007) potvrdil jednoznačný pokles prevalence disability pouze v pěti z dvanácti zkoumaných zemí (v Dánsku, Finsku, Itálii, Nizozemsku a USA). Christensen aj. (2008) poukazuje na to, že mnoho výzkumů zdravotního stavu obyvatel či přímo seniorů bylo uskutečněno na vzorcích populace, které nezahrnovaly populaci seniorů žijící v různých typech zařízení a institucí, což data o prevalenci disability v nejvyšších věcích značně zkresluje. Na individuální úrovni se dle jeho analýzy naděje dožití ve zdraví prodlužuje rychleji, než samotná naděje dožití. Na populační úrovni však potřeba dlouhodobé péče z důvodu stárnutí populace poroste. Dle reportu Evropské komise (2012b) o stárnutí se zlepšování zdraví velmi pravděpodobně bude týkat jen některých onemocnění. Na jedné straně se snižuje prevalence kardiovaskulárních a respiračních onemocnění, některá onemocnění s významným dopadem na soběstačnost však rostou na významu a oprávněně budí čím dál větší pozornost. Jde zejména o neurodegenerativní onemocnění (viz výše) a muskuloskeletární onemocnění. Je tedy velice obtížné přiklonit se k nějaké z výše uvedených teoretických hypotéz. Studie (např. OECD, 2005) potvrzují silný socioekonomický gradient disability ve vysokém věku, lze tedy předpokládat, že společně s růstem vzdělanosti a zlepšováním životního stylu a socioekonomických podmínek seniorské populace se bude pozitivně vyvíjet i trend disability.

Projekce počtu osob s disability Evropské komise (2012b) došla k následujícím závěrům. Na základě tzv. „demografického scénáře“, který zkoumá pouze vliv demografických změn (stárnutí) a neuvažuje se změnou prevalence disability (posunutí dále s věkem), by se počet závislých osob v celé populaci EU27 do roku 2060 v zemích v průměru zvýšil o 50 %. Za předpokladu platnosti hypotetického scénáře „konstantní disability“, jenž počítá s posunem disability do vyššího věku současně s nárůstem naděje dožití, by se počet osob s omezenou soběstačností měl zvýšit o 28 %.

4.2.1 Disability a délka života ve zdraví na základě šetření SHARE

Ztráta soběstačnosti představuje nejčastější zdroj obav týkajících se umírání (STEM/MARK, 2011). Omezenou soběstačností, závislostí, nebo také disability, v této práci rozumíme neschopnost osoby dlouhodobě vykonávat každodenní činnosti. Toto omezení v běžných aktivitách¹² deklaruje respondent výběrového šetření SHARE na základě vlastního uvážení. Dle Kalvacha aj. (2006) význam subjektivního hodnocení zdraví u chronických chorob, multimorbidit a trvalého zdravotního postižení narůstá. Můžeme předpokládat, že toto sebe-hodnocení je důležitým indikátorem potenciální poptávky po službách dlouhodobé péče. Pokles funkčního zdraví pod hranici disability¹³ je mimo jiné podmíněn pohlavím

¹² Otázka PH 005: „V jaké míře Vás Vaše zdraví v posledních šesti měsících omezovalo při vykonávání každodenních činností?“ s možnými odpověďmi: 1. Silně omezovalo; 2. Omezovalo, ale ne silně; 3. Žádné omezení. Pro výpočet prevalence disability byl sečten počet respondentů, kteří vybrali 1. nebo 2. odpověď. Viz metodika.

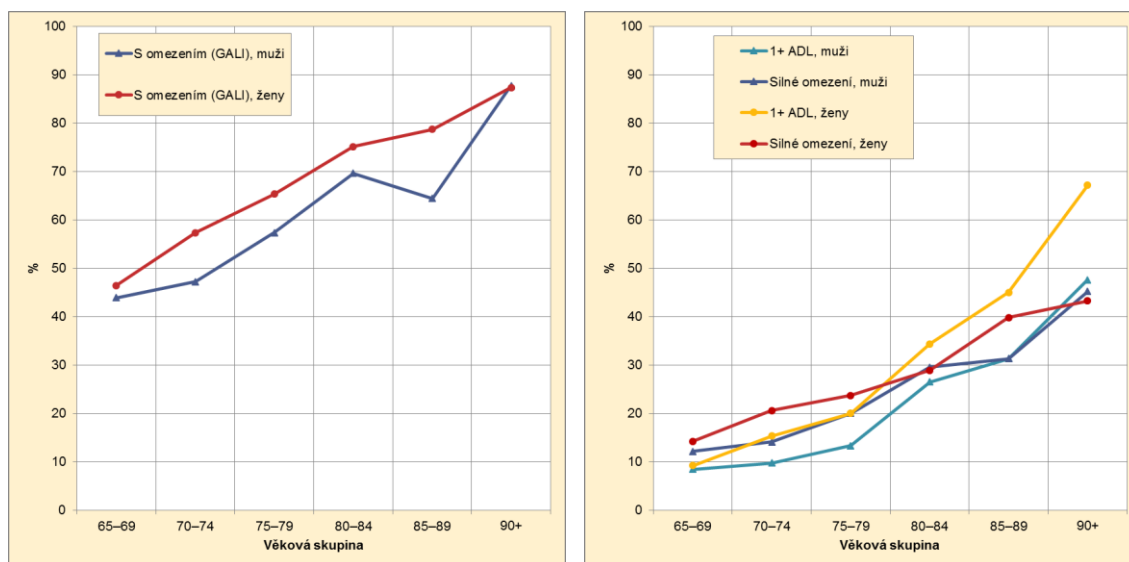
¹³ Výška prahu disability je daná poměrem adaptačních schopností a náročnosti prostředí a může být snížena vhodnými zásahy v sociálním a fyzickém prostředí (Wija a Holmerová, 2013).

a socioekonomickým statusem (Wija a Holmerová, 2013). Ženy ve stáří vykazují ve všech studiích vyšší naději dožití, ale horší zdatnost. Tzv. geriatrická deteriorace u nich začíná dříve, probíhá rychleji a také více ovlivňuje aktivity denního života, než u mužů. Mezi příčiny této skutečnosti můžeme uvést jejich nižší svalovou sílu, odlišnou strukturu nemocnosti s vyšší prevalencí muskuloskeletálního postižení (osteoporózy, osteoartrózy), odlišnou sociální roli, vliv psychosociálních faktorů i fenomén selektivního přežívání v mužské populaci. Ženy ve stáří tak vykazují nižší zdatnost, ale vyšší odolnost (Kalvach, 2006).

Správnou a včasnou (nejen) zdravotní intervencí (léčebnou péčí, rehabilitací) je zpravidla možné déletrvající nesoběstačnosti zabránit. Významnou roli má také prevence, což zdůrazňuje strategie zdravého stárnutí. Pokud není medicínská intervence (např. nákladná pourazová implantace kloubní náhrady u křehkého pacienta) podpořena preventivním geriatrickým režimem s dostatečnou fyzioterapií, může u pacienta dojít k rozvoji komplikací vedoucích až ke ztrátě soběstačnosti a k znehodnocení vstupního zásahu (Institut důstojného stárnutí, 2014). K dlouhodobé nesoběstačnosti by dle Holmerové aj. (2013) mělo docházet zpravidla jen u syndromů a onemocnění s nevyléčitelným a progredujícím charakterem (neurodegenerativní onemocnění, stavy po opakovaných cévních mozkových příhodách, zhoubná onkologická onemocnění a podobně).

V souboru osob nad 65 let (včetně) ve všech 16 vybraných zemích omezovalo zdraví v každodenních činnostech v posledních šesti měsících 53 % mužů a 62 % žen, přičemž 18 % mužů a 24 % žen se cítilo omezeno silně. Podíl osob s omezením významně roste s věkem (obr. 6), ve věkové skupině nad 90 let (včetně) je to pro muže i ženy shodně již přes 87 % populace. Ve všech nižších věkových skupinách vykazují ženy vyšší úroveň omezení v každodenních aktivitách.

Obr. 6: Podíl populace s omezením v každodenních činnostech na základě GALI (levý graf) a podíl populace se silným omezením v každodenních činnostech a více než jedním omezením v základních aktivitách (pravý graf), 16 vybraných evropských zemí, šetření SHARE, 2011

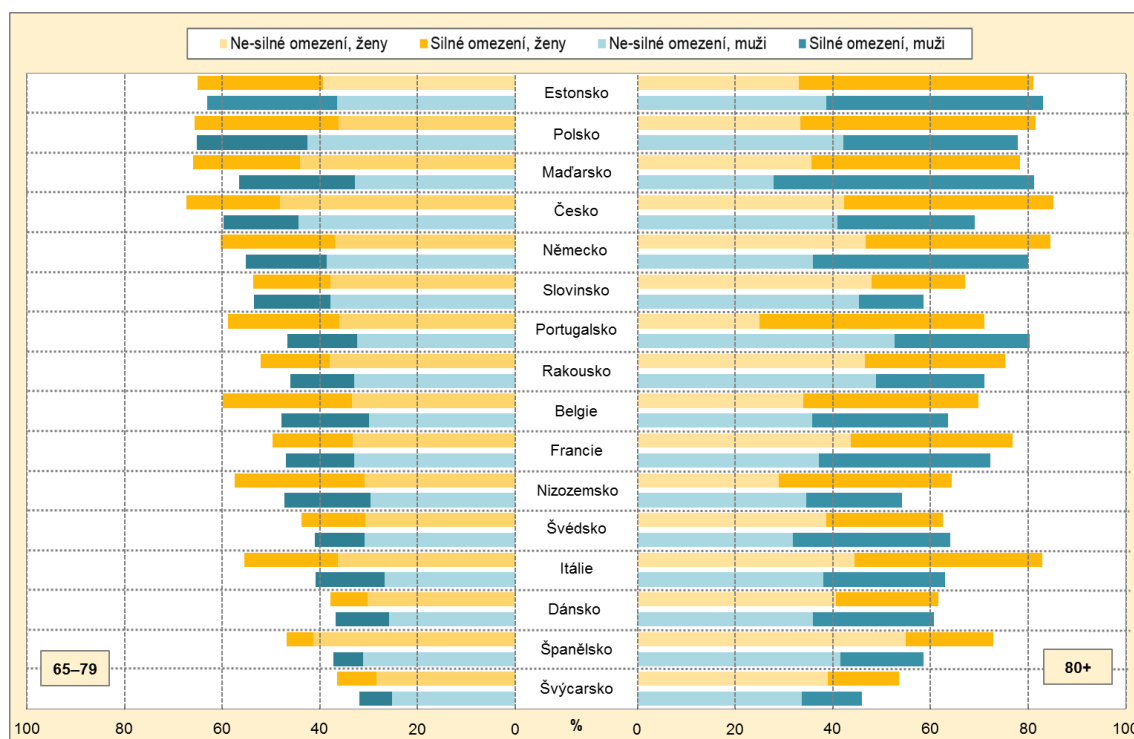


Zdroj: SHARE, 2013 (vážená data)

Z hlediska potřeby dlouhodobé péče mají význam především základní všední sebeobslužné aktivity, tzv. ADL¹⁴. Závislost alespoň v jedné z těchto aktivit indukují pravděpodobnou poptávku po DP a velmi zhruba odpovídá podílu osob, jež uvedli, že jsou silně omezeni ve svých každodenních aktivitách (pravý graf obr. 6). V rámci celého souboru respondentů-seniorů mělo problém vykonávat některou ze sebeobslužných aktivit 14 % mužů a 23 % žen. V pětiletých věkových skupinách do 80 let u mužů i žen platí, že podíl osob silně omezených v každodenních aktivitách mírně převyšuje podíl osob s jedním a více omezeními v základních aktivitách. U žen se ve starších věkových skupinách tento poměr obrací a poměrně více žen v nich deklaruje více než jedno omezení v ADL, než silné omezení v každodenních aktivitách. U mužů jsou hodnoty těchto podílů ve věkové skupině 85–89 a 90+ vyrovnané.

Podíly seniorů do 79 let a nad 80 let (včetně) podle pohlaví, jež uvedli omezení v každodenních aktivitách v jednotlivých zemích, ukazuje následující graf (obr. 7).

Obr. 7: Podíl populace ve věku 65–79 let a 80+ se silným a ne-silným omezením ve vykonávání každodenních činností (GAL), vybrané evropské země, muži a ženy, 2011



Zdroj: SHARE, 2013 (vážená data)

Ve věkové skupině 65–79 let najdeme v populaci vybraných evropských zemí 56 % žen a 48 % mužů s omezením v každodenních aktivitách. U osob nad 80 let už tento podíl dosahuje skoro 78 % u žen, respektive 70 % u mužů. Také struktura omezení z hlediska jejich závažnosti

¹⁴ Jako omezení v základních sebeobslužných aktivitách dle hlavního dotazníku SHARE (2013) považujeme problémy alespoň v jednom z následujících bodů trvající déle než tři měsíce:

1. Obléknout se včetně ponožek a obutí bot
2. Chodit po místnosti
3. Koupat se nebo sprchovat
4. Jíst (např. při krájení, dělení soust)
5. Lehnout si do postele, vstát z postele
6. Použít toaletu včetně sednout si a vstát

se v takto vymezených věkových skupinách liší. V mladší skupině je omezení hodnoceno jako silné v 35 % případů u žen a v 30 % u mužů. U tzv. „oldest old“ již vážné omezení, implikující potřebu dlouhodobé péče, tvoří 44 % ze všech omezení u žen a 45 % u mužů. V této věkové skupině (80+) tak najdeme 35 % silně omezených žen, respektive 31 % silně omezených mužů z hlediska každodenních činností.

Nejnižší úroveň omezení v každodenních činnostech dosahují státy s nejdelší nadějí dožití ve věku 65 let – Švýcarsko, Španělsko, Švédsko, ale také Dánsko, a naopak nejvyšší úroveň státy východní a střední Evropy.

Ve věku od 65 do 79 let nejvyššího podílu osob s nějakou formou omezení každodenních činností dosahovaly u mužů i žen Polsko, Estonsko, Česko a Maďarsko. Podíl silného omezení v rámci obou forem byl pro ženy nejvyšší v Polsku, Belgii a Nizozemsku (kolem 45 %). Naopak ve Španělsku tvořily silně omezené ženy pouze necelých 12 % všech žen s omezením, v Dánsku a ve Švýcarsku to bylo okolo 20 %. Zbylé země dosahovaly hodnot mezi 30–40 % žen s vážným omezením v rámci všech „omezených“. V případě mužů bylo silné omezení mezi seniory ve věku do 79 let s omezením v každodenních aktivitách nejčastější v Maďarsku a Estonsku (42 %), naopak nejnižší podíl silně omezených byl zjištěn ve Španělsku a Švýcarsku („pouze“ 6 % závažně omezených v rámci populace ve věkové skupině 65–79 let oproti 27 % v Estonsku a 24 % v Maďarsku).

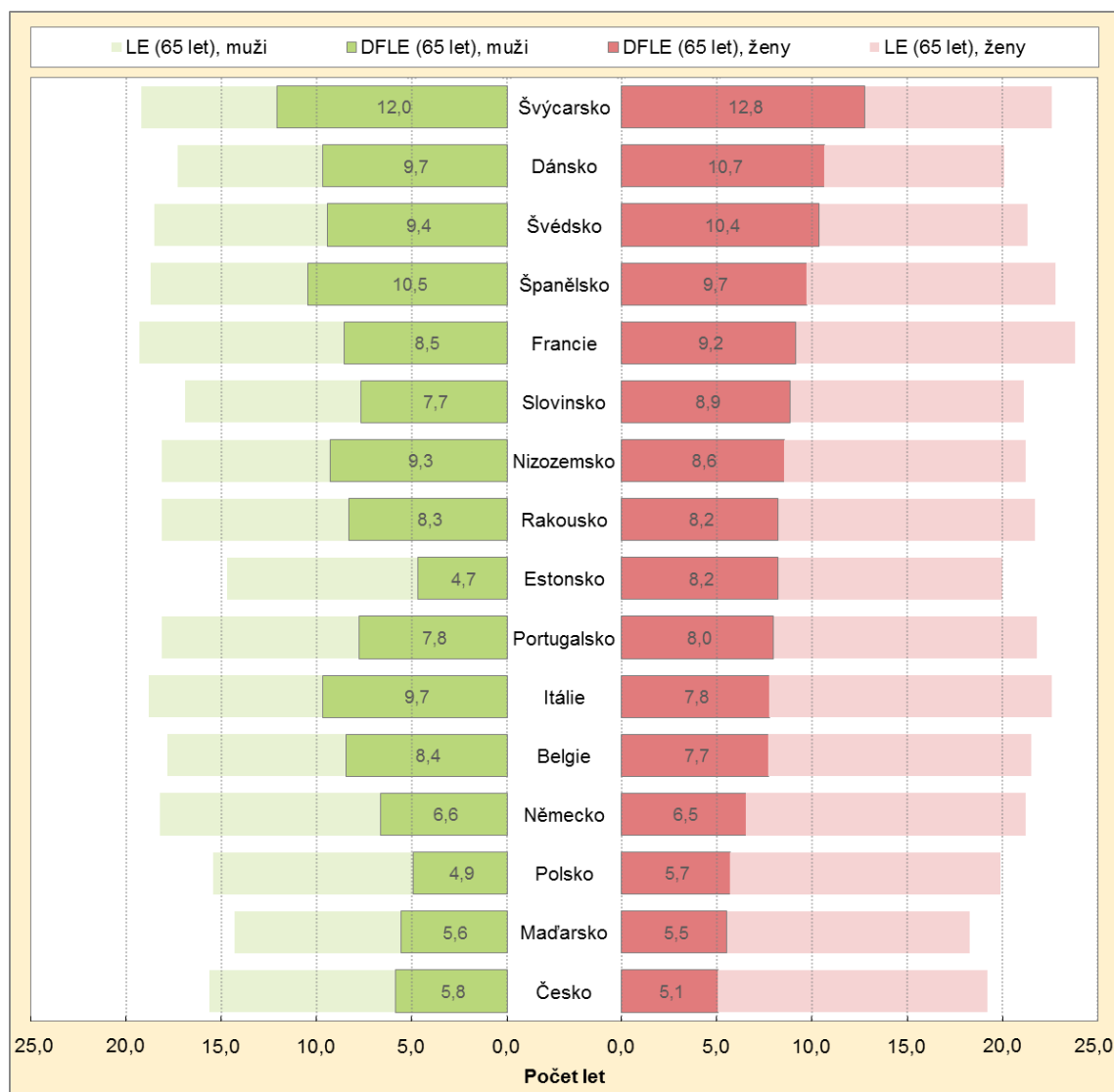
V nižší věkové skupině do 79 let byl nejvyšší podíl osob s lehčím omezením ze všech zemí pro obě pohlaví zjištěn v Česku (48 % žen a 44 % mužů). Přitom procento silně omezených v této věkové skupině byl pro ženy i muže na úrovni průměru všech šestnácti zemí (19 % žen a 15 % mužů). Nejvyšších podílů osob s omezením v každodenních činnostech Česko (ženy vůbec nejvíce z daných šestnácti zemí – 67 %, muži třetí nejvyšší podíl osob s omezením – 60 %) dosahuje právě především kvůli vysokému podílu osob s lehčí formou omezení denních aktivit.

I ve skupině osob nad 80 let mají nejvyšší podíl žen s některou z úrovní omezení Češky (85 % populace), v polovině případů se jedná o omezení závažné. Jejich mužští protějšci se přitom v podílu starších seniorů s omezením každodenních činností vyrovnají průměru šestnáctky. Za Českami následují Němky a Italky (85 % a 83 % žen s omezením, přibližně 45 % z toho v závažné formě). Na opačném pólu spektra najdeme Švýcarky s 54 % žen s některým omezením (z 27 % silné), Dánky (62 % žen, 34 % z toho omezení závažné) a Švédky (63 % ženské populace s omezením, z čehož 38 % tvořilo silné omezení). Druhý nejnižší podíl žen v populaci starších seniorek se silným omezením je (po Švýcarsku) ve Španělsku. Estonci, Maďaři, Portugalci a Němci nad 80 let byli z 80 a více procent omezení ve vykonávání obvyklých činností. Více než polovina mužské populace v Maďarsku přitom byla silně omezena (66 % osob s omezením), analogické podíly v Estonsku a Německu dosáhly přibližně 44 % (55 % osob s omezením). V kontrastu k těmto zemím se v Portugalsku silné omezení týkalo „jen“ 28 % mužské populace (35 % osob s omezením). Nejmenší podíl mužů nad 80 let (včetně) s omezeními vykázalo Švýcarsko (46 %, ani ne třetina z toho se závažným omezením), Nizozemsko (54 % mužů, z toho 36 % těžce omezených) a Slovinsko se Španělskem (shodně 59 % mužů s omezením, z toho 22, resp. 29 % s omezením závažným).

Největší rozdíly v omezení všedních aktivit mezi pohlavími jsou obecně markantní především ve státech jižní Evropy. Maximální rozdíly byly nalezeny v Itálii, 15 procentních bodů v případě první věkové skupiny a dokonce 20 procentních bodů v případě druhé.

Prevalence disability v jednotlivých zemích v pětiletých věkových kategoriích odděleně za muže a ženy společně s řádem vymírání jejich populací daných úmrtnostní tabulkou sloužili pro výpočet délky života bez disability ve věku 65 let (obr. 8).

Obr. 8: Naděje dožití (LE) a naděje dožití bez disability (DFLE) ve věku 65 let, vybrané evropské země, muži a ženy, 2011



Zdroj: Eurostat, 2013; SHARE, 2013 a vlastní výpočty

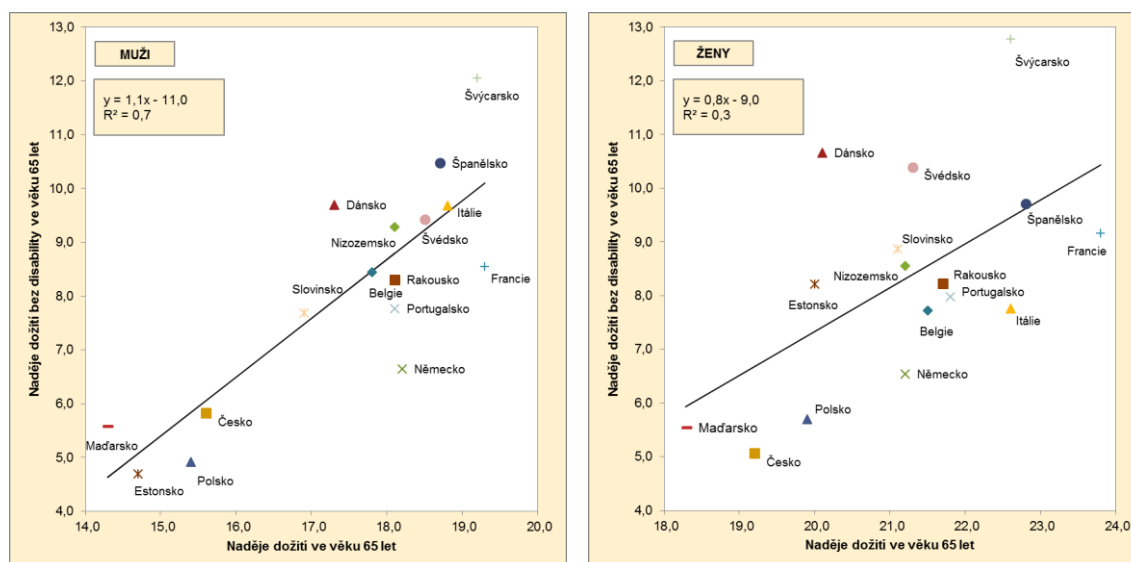
Rozdíly ve střední délce života ve zdraví ve věku 65 let jsou mezi evropskými zeměmi větší než v případě střední délky života v 65 letech bez ohledu na zdravotní stav. Rozdíl mezi maximální (pro obě pohlaví ve Švýcarsku) a minimální (pro ženy v Česku a pro muže v Estonsku) hodnotou dosahoval v roce 2011 7,7 let pro ženy a 7,3 let pro muže. Toto rozpětí je v poměru k průměrné hodnotě naděje dožití bez disability ve sledovaných zemích (8,1 roku pro muže a 8,3 let pro ženy) poměrně rozsáhlé. Naopak rozdíl mezi průměrnou hodnotou mezi

pohlavími je minimální, a tedy mnohem nižší než u naděje dožití, z čehož vyplývá, že ženy oproti mužům prožijí delší část svého života s omezenou soběstačností (ve vybraných zemích průměrně 61 % let prožitých s disabilitou u žen vs. 54 % let u mužů). Zatímco 65leté ženy v České republice měly prožít téměř tři čtvrtiny (74 %) zbývajících let života s disabilitou, u Švýcarek to bylo jen 44 %. Mezi muži se nejvyššímu podílu let k prožití bez omezení v každodenních aktivitách těšili taktéž Švýcaři (jen 37 % let prožitých s disabilitou), naopak Poláci a Estonci měli ve zdraví strávit jen 32 % zbývajících let života.

Na rozdíl od celkové naděje dožití v 65 letech, u naděje dožití bez disability v některých (v osmi ze šestnácti) zemích hodnota pro muže převyšuje hodnotu pro ženy – v Itálii téměř o 2 roky. Naopak v Estonsku mají před sebou ženy v průměru o 3,5 roku delší život prožitý v soběstačnosti, než jejich mužští protějšci.

Pořadí zemí z hlediska hodnot střední délky života bez ohledu na zdravotní stav a střední délky ve zdraví je odlišné. Vztah mezi těmito dvěma ukazateli je znázorněn na obr. 9. U mužů je vztah těsnější, na základě hodnot naděje dožití ve věku 65 let jsme schopni vysvětlit 70 % variability naděje dožití bez disability ve stejném věku. V případě žen je souvislost mezi proměnnými méně zřetelná. Postavení zemí vzhledem k proložené přímce lineární regrese je však i pro ně z hlediska interpretace souvislosti mezi nadějí dožití a nadějí dožití bez disability ve věku 65 let zajímavé.

Obr. 9: Vztah mezi nadějí dožití a nadějí dožití bez disability ve věku 65 let, vybrané evropské země, muži a ženy, 2011



Pozn.: V rámečku rovnice lineární regrese a hodnota koeficientu determinace

Zdroj: Eurostat, 2013; SHARE, 2013 a vlastní výpočet

Státy nacházející se pod touto přímkou mají nižší hodnotu naděje dožití bez disability, než bychom očekávali na základě hodnoty naděje dožití. Velmi zhruba lze konstatovat, že jejich seniorská populace má tedy horší zdravotní stav, než by „odpovídal“ jejím úmrtnostním poměrům. Naopak země rozmístěné nad linií jsou charakteristické tím, že hodnota naděje dožití bez disability je pro ně vyšší, než za předpokladu lineárního vztahu mezi veličinami. Prevalence omezení v každodenních činnostech je tak v těchto zemích na poměrně lepší úrovni v porovnání

s ostatními, než pokud bychom země srovnávali z hlediska úrovně úmrtnosti. Jako příklad můžeme vzít Dánsko – hodnota střední délky života v 65 letech je v porovnání s ostatními zeměmi průměrná (pro muže) až lehce podprůměrná (pro ženy). Z hlediska prevalence disability (obr. 6) se však zařazuje mezi nejlepší. Francie se naopak z hlediska podílu seniorů s omezením v každodenních aktivitách zařazuje spíše k průměru, naděje dožití je zde však pro obě pohlaví ze všech srovnávaných zemí nejdelší.

Česká republika zaostává za západoevropskými zeměmi v ukazatelích střední délky života i střední délky života bez disability ve věku 65 let, což platí zejména pro ženskou část populace. Co se týče mužské populace, v obou ukazatelích má kromě Slovinska nejlepší pozici ze států, jež přistoupily do EU v roce 2004 (v našem výběru dále Maďarsko, Polsko, Estonsko).

4.3 Ostatní sociodemografické souvislosti dlouhodobé péče

Disabilita starší populace je vedle jejího zdravotního stavu podmíněna i dalšími okolnostmi. Mezi nejzávažnější „nemedicínské“ rizikové faktory zhoršené soběstačnosti patří vedle ekonomických faktorů (jako je nízký důchod) a nedostupnosti služeb dlouhodobé péče nemožnost nebo neochota v poskytování pomoci ze strany rodiny a špatné bytové podmínky (Holmerová aj., 2013). Na existující strukturu dlouhodobé péče v jednotlivých zemích z hlediska podílu účasti rodiny a státu pak mají kromě jiného podstatný vliv odlišné kulturní vzorce, jež jsou reflektovány v názorech populace na nejlepší formu zajištění péče pro zestárlé rodiče.

4.3.1 Rodina seniora

Ještě v 19. století byla normou tzv. rozšířená rodina, v níž vedle sebe žili i pracovali příslušníci několika generací (Wolf aj., 1982). Péče o seniory byla převážně v kompetenci rodin, lidé dožívali v blízkosti svých příbuzných. V důsledku prodloužení lidského života jsou v dnešní době běžné čtyř i vícegenerační rodiny, počet jedinců v jednotlivých generacích se ale snížil – rodinné struktury se tzv. vertikalizovaly (Rychtaříková, 2002). Pospolu příslušníci jednotlivých generací v rámci rodiny žijí již jen výjimečně – rodina se miniaturizovala na tzv. nukleární rodinu: rodiče a děti. Taková rodina akceptuje závislost dětí na rodičích, nikoliv však závislost rodičů na dětech – fyzická přítomnost prarodičů je chápána spíše jako výsledek mimořádné situace, než jako součást běžného životního cyklu (Wolf aj., 1982).

Rodinné zázemí je nicméně i dnes důležitou sociální jistotou člověka ve stáří, fungující rodina představuje významný zdroj pomoci (psychické, fyzické i hmotné) v případě nesoběstačnosti. Většinou pozitivní efekt na životní spokojenost a zdravotní stav má ve stáří manželské soužití, přičemž partneři jsou pro sebe navzájem potenciálními pečovateli. Možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny je na základě zkušeností z minulosti považována za optimální způsob péče. Rodina však musí „chtít, umět a mít možnost“ se o seniora starat (Pacovský, 1994; cit. v Jarošová, 2006).

Různé okolnosti v dnešní době klasickému modelu pečující rodiny nepřejí. Ke snížení dostupnosti neformálních pečovatелů, zejména dospělých dětí v produktivním věku

poskytující péči svým rodičům, může přispět klesající velikost rodiny a rostoucí bezdětnost. Podle Jeřábka aj. (2005) životaschopnost modelu péče o staré lidi v rodinách ohrožuje také rostoucí důraz na svobodu a nezávislost jednotlivce, liberalizace hodnot a obecně pociťovaná nižší závaznost a menší univerzálnost manželských a rodinných svazků. Na individuální úrovni může bariéru v péči o zestárlé rodinné příslušníky představovat geografická vzdálenost bydliště, povinnosti ke členům vlastní rodiny a pracovní povinnosti. Zejména na ženy ve středním věku (jakožto nejčastější poskytovatele neformální péče) roste tlak z důvodu zvyšování zaměstnanosti – jedním z cílů Evropy 2020, strategického dokumentu Evropské unie, je zvýšení zaměstnanosti osob ve věkové kategorii od 20 do 64 let na 75 %. V důsledku růstu dlouhověkosti a odkládání rodičovství do pozdějšího věku dochází u této populace také ke vzrůstající míře k souběhu nutnosti péče o stárnoucí rodiče s odpovědností péče o děti. Střední generace, která se nachází v této situaci zvýšené zátěže, bývá označovaná jako „sendvičová generace“ (Klímová Chaloupková, 2013).

Poskytování dlouhodobé péče, zejména její intenzivní formy, představuje pro rodinného příslušníka vysokou (fyzickou i psychickou) zátěž, což může vést ke zhoršování vztahů v rodině, ztrátě přátel, omezení společenských vztahů (izolaci) a také k rozvoji zdravotních a ekonomických problémů pečovatele. Pečující rodiny proto potřebují odbornou pomoc institucí (sociálně zdravotní služby) a morální, legislativní a ekonomickou podporu (Jarošová, 2006). Pomoc a podpora pečujícím jsou rozhodujícími faktory, které prodlužují dobu poskytování péče v domácím prostředí a tak oddalují institucionalizaci (Holmerová aj., 2013). Podpora členů domácností ochotných pečovat o rodinné příslušníky je racionálním řešením i z pohledu skutečnosti, že neformální dlouhodobá péče je z hlediska veřejných prostředků levnější než péče formální (Mátl aj., 2009b).

Obavy z omezené mezigenerační solidarity související s modernizací společnosti se dosud nepotvrdily (OECD, 2005). Literatura však také uvádí, že v sociálních sítích seniorů narůstá váha přátel a sousedů na úkor rodinných příslušníků (Pommer aj., 2007).

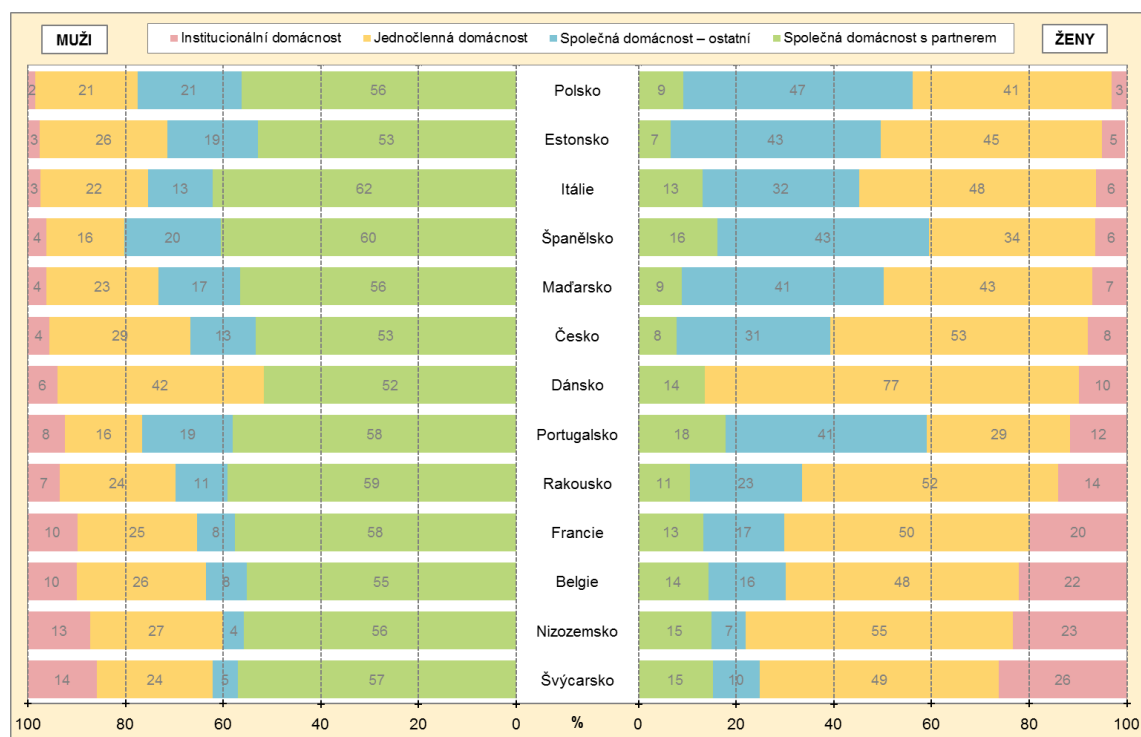
4.3.2 Bydlení seniorů

Z pohledu dlouhodobé péče je velmi důležitá struktura domácností seniorů. Senioři žijící osaměle se v případě omezené soběstačnosti nemohou spolehnout na jiné členy domácnosti, zvyšují se také jejich náklady na chod domácnosti a v neposlední řadě toto uspořádání domácnosti může mít negativní vliv na jejich psychiku. Mnohé studie skutečně dokazují (např. Keilman a Christiansen, 2010), že senioři žijící v páru mají menší nároky na formální péči, a to především ústavní.

Porovnání struktury domácností starších seniorů ve vybraných evropských státech (data byla k dispozici pro 13 z 16 zemí) najdeme na obr. 10. Stárnutí po boku partnera je u starších seniorů v rámci srovnávaných zemí mnohem častější pro muže (téměř dva ze tří – 57 %) než pro ženy (jen nepatrně více než jedna z deseti – 12 %). Naopak dvojnásobný podíl žen (48 %) oproti mužům (25 %) žil kolem roku 2001 v jednočlenné domácnosti. Ženy ve věku 80 a více let jsou také téměř dvakrát tak často obyvatelkami institucionálních domácností (13 % žen v souboru vybraných 13 zemí proti 7 % mužů). S jinou osobou než partnerem ve společné domácnosti

v průměru žije dokonce více než dvakrát tolik žen v porovnání s muži (27 % oproti 12 %). Genderové odlišnosti jsou způsobeny především vyšší pravděpodobností ztráty partnera u žen z důvodu jejich vyšší naděje dožití a věkovým rozdílem mezi partnery (muž většinou bývá starší než žena). Méně také rozdílnou intenzitou formování nových svazků v seniorském věku, kdy muži častěji než ženy v pozdním věku při ztrátě partnera vytvoří novou domácnost (s mladší partnerkou). Důležitou roli také hraje možnost nesoběstačných seniorů setrvat ve své domácnosti z pohledu dostatečného zajištění podpůrných sociálních i zdravotních služeb.

Obr. 10: Struktura domácností starších seniorů (80+ let), vybrané evropské země, muži a ženy, census okolo roku 2001



Zdroj: Eurostat, 2009

Způsob bydlení se nicméně mezi jednotlivými zeměmi podstatně odlišuje. Zatímco v Portugalsku, Španělsku a Polsku sdílí necelé dvě třetiny žen a téměř čtyři pětiny mužů domácnost s další osobou, v Dánsku (jakožto jediném zástupci severovýchodních států) žijí zhruba čtyři pětiny žen a přes dvě pětiny mužů v jednočlenné domácnosti. Nízký podíl osob 80 letých a starších žijících ve společné domácnosti najdeme také v Nizozemsku a Švýcarsku, kde je naopak ve srovnání s ostatními zeměmi vysoké zastoupení starších seniorů v institucionálních domácnostech. Více než 40 % starších seniorek a zhruba 20 % starších seniorů bydlí v Portugalsku, Španělsku a ve východoevropských zemích (Polsku, Maďarsku a Estonsku) s příbuznými nebo přáteli. V Dánsku se jako v jediné zemi forma spolubydlení starších seniorů s jinou osobou mimo partnera vůbec nevyskytuje. V Itálii je oproti zbylým jihoevropským státům více jednočlenných domácností, totéž platí pro Česko ve srovnání s ostatními východoevropskými státy. Skladba domácností starších seniorů je v ČR nejpodobnější Rakousku.

Vícečlenné domácnosti mají větší potenciál z hlediska poskytování neformální péče. Podíl starších osob žijících se svými dětmi se v evropských státech snižoval. Spolubydlení seniorů s jejich dětmi je známým fenoménem států jižní Evropy, i zde ale počet starších lidí žijících s mladšími příbuznými klesá (Da Roit, 2007; cit. v Pommer aj., 2007). Výzkumy z českého prostředí z počátku 21. století ukázaly, že většina seniorů si přeje zachování soukromí a nezávislosti po co možná nejdelší dobu a samostatné bydlení preferuje (Vohrálíková a Rabušic, 2004). Respondenti různého věku z velké části zastávají stanovisko, že staří rodiče by měli žít odděleně od dětí, ale v jejich blízkosti, tak aby jim děti mohly poskytovat potřebnou péči. Tato představa však nepočítá s vysokou mírou závislosti opečovávaných, ale spíše s občasnou pomocí uskutečňovanou prostřednictvím docházení za rodiči (Kuchařová, 2002). Požadavek soukromí a tak samostatného bydlení pouze v páru bez dětí se pravděpodobně bude zvyšovat (Jacobzone aj., 2000), zejména pokud bude růst životní úroveň seniorů.

Výzkumný projekt FELICIE (Future Elderly Living Conditions In Europe) se zabýval změnou situace (respektive projekcí) seniorské populace (z hlediska disability, rodinného stavu a dalších charakteristik) v devíti vybraných zemích (Belgii, Česku, Německu, Finsku, Francii, Itálii, Nizozemsku, Portugalsku a Velké Británii) mezi roky 2000–2030. Mezi závěry této studie patří mimo jiné projektovaný nárůst podílu seniorů ve věku 75 let a více s alespoň jedním potenciálním pečovatelem – partnerem nebo dítětem (Gaymu aj., 2008). Za horizontem této projekce však bude budoucí rodinný život seniorů intenzivněji ovlivňovat rostoucí rozvodovost a snižující se sňatečnost z předchozích období. Rychlejší zlepšování úmrtnostních poměrů mužů v porovnání s ženami (Eurostat, 2014) bude do budoucna znamenat, že ženy budou častěji než dnes stárnout po boku svého partnera. Muži tedy budou v souvislosti s probíhajícími sociodemografickými změnami častěji postaveni do role potenciálního pečovatele.

Otázkou spjatou s bydlením seniorů je také samotná fyzická podoba jejich příbytků. Přiměřené (přizpůsobené specifickým potřebám) a bezpečné bydlení je pro seniorskou populaci s ohledem na její omezenou mobilitu a i skutečnost, že ve svém obydlí tráví většinou převažující část dne, obzvláště důležité. Významu tato otázka nabývá obzvláště v kontextu myšlenky setrvání starých lidí i při zhoršeném zdravotním stavu v jejich přirozeném prostředí (viz strategie „ageing in place“).

Demografický a společenský vývoj vede k zvýšené potřebě malometrážních bytů pro seniory či jiných (alternativních) řešení bydlení pro seniory. Dochází k rozvoji nových forem soužití, jako je například seniorská kohabitace (tzv. cohousing) – komunitní bydlení pro seniory rozšířené např. v Dánsku a Švédsku (Holmerová aj., 2013). Cohousing sdružuje privátní a společné bytové prostory. Každý pár nebo jednotlivec má k dispozici plně vybavenou bytovou jednotku a současně přístup do společných prostor. Tzv. společenský dům, centrum sociálních aktivit, nabízí velkou kuchyň s jídelnou, prádelnu, sušárnu, knihovnu, televizní místnost, tělocvičnu apod (MPSV, 2013c). V západní Evropě funguje také model bydlení v seniorských rezidencích a domech¹⁵. Všechny tyto formy bydlení se principiálně liší od tradičního modelu

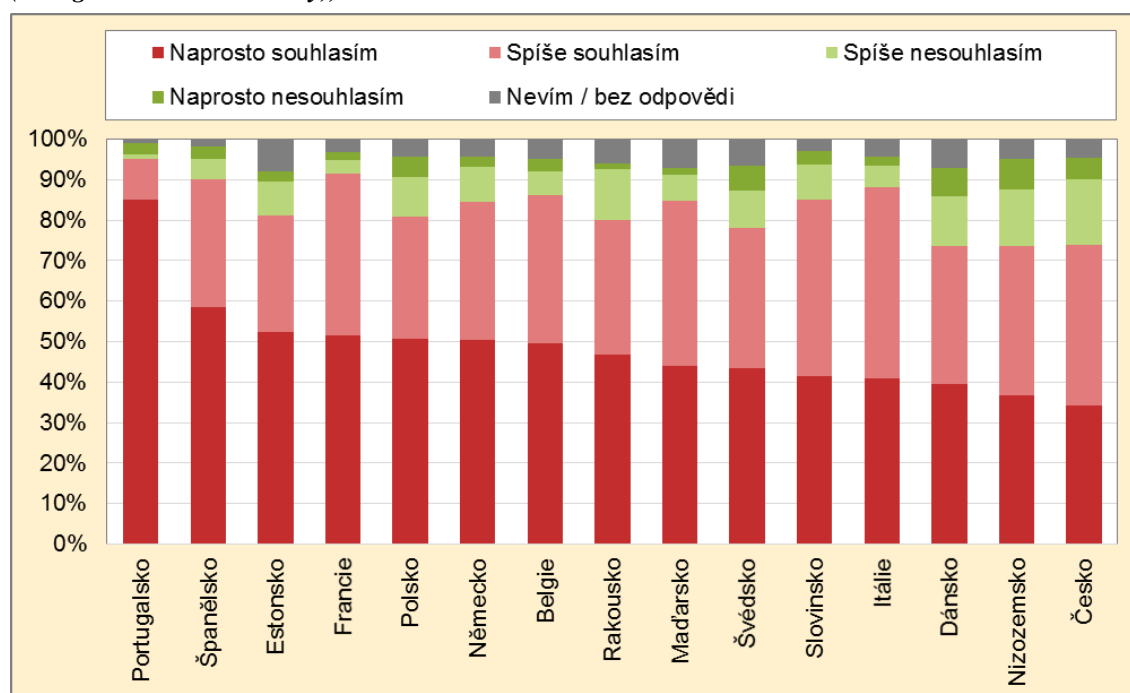
¹⁵ Jako příklad můžeme uvést rakouský rezidenční dům – skupinové bydlení pro seniory, z nichž každý má vlastní pokoj. Každé patro rezidence má vlastní kuchyň a přízemí domu (obvykle v jádru obce) je otevřené veřejnosti. Nabízí kavárnu, rehabilitaci, kadeřnictví a další služby, které slouží nejen obyvatelům domu (Holmerová aj., 2013).

ústavní péče pro seniory, na který jsme zvyklí z českého prostředí. Senioři do těchto zařízení totiž odcházejí v době, kdy jsou ještě zcela nebo z velké míry soběstační, a jejich soběstačnost je zde nadále intenzivně podporována. Klientům jsou závislosti na nabídce v konkrétní lokalitě k dispozici jak některé standardní služby, tak spektrum služeb nadstandardních. I v tuzemském prostředí jsme v poslední době zaznamenali boom nabídek bydlení pro seniory, kde mají klienti dostatek soukromí i nabídku různých asistenčních služeb. Jako příklad můžeme uvést mediálně známou „seniorskou vesnici“ na Pálavě, společnost Senior Park pak již postavila po celé republice několik svých zařízení a další jsou ve výstavbě. Některé projekty jsou však umístěné v oblastech ne zcela dobře napojených na občanskou infrastrukturu, což může vyvolat otázky ohledně sociálního vyloučení seniorů (podobně jako u ústavní péče). V Praze 8 se pak dokončuje první projekt inspirovaný zkušenostmi z Německa nebo Francie – rezidence RoSa má současně fungovat i jako komunitní a mezigenerační centrum (iDNES, 2014). Vzhledem k finanční náročnosti zajištění podobných typů bydlení je však (alespoň v České republice) nemůžeme v současné době považovat za alternativu dostupnou pro širší seniorskou populaci. Do budoucna však lze s ohledem na odklon od velkokapacitních ústavních zařízení dlouhodobé péče a rostoucí heterogenitu seniorské populace i jejich potřeb očekávat rozvoj těchto alternativních forem bydlení.

Setrvání ve vlastním domově i v situaci disability může podpořit také vhodná úprava bydlení – odstranění bariér, adaptace WC a koupelny a instalace prvků zvyšujících bezpečí a snižujících riziko pádů jako jsou madla apod. Nejefektivnější však je, pokud jsou byty nebo domy již od začátku (tedy od jejich stavby) koncipovány s myšlenkou jejich adaptability na různé fáze životního cyklu a různé životní situace – např. ve Velké Británii se tzv. konceptu celoživotního domova („lifetime home“) věnuje značná pozornost (Holmerová aj., 2013). V posledních letech se rovněž zvyšují možnosti informačních technologií – tzv. „smart homes“ (tedy využívání nejrůznějších monitorovacích a signalizačních zařízení v domácnosti) umožňují včasné varování při vzniku negativní události (např. pádu), ale také připomenou nezastavení vody nebo sporáku a mohou dokonce i usnadnit dodržování pitného a léčebného režimu (Holmerová aj., 2013).

Při šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity – European Commission, 2009) měli respondenti vyjádřit míru (ne)souhlasu s následujícím tvrzením: „Mnoho nemohoucích starších lidí nemůže žít samostatně, protože jejich vlastní domovy nejsou přizpůsobeny jejich potřebám.“ Napříč analyzovanými zeměmi více než 7 účastníků šetření z 10 s tvrzením souhlasilo. Celková míra souhlasu se pohybovala na úrovni zhruba tří čtvrtin populace v Dánsku, Nizozemsku, Švédsku a také Česku po 95 % populace v Portugalsku (zde vyjádřilo dokonce 85 % populace jednoznačný – naprostý souhlas) a 90 % ve Španělsku. Na úrovni celé EU27 polovina jejích obyvatel s tezí naprosto souhlasila a více než třetina spíše souhlasila. Bytové podmínky starší populace se tedy nedají v evropských zemích považovat za odpovídající.

Obr. 11: Mnoho nemohoucích starších lidí nemůže žít samostatně, protože jejich vlastní domovy nejsou přizpůsobeny jejich potřebám: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009

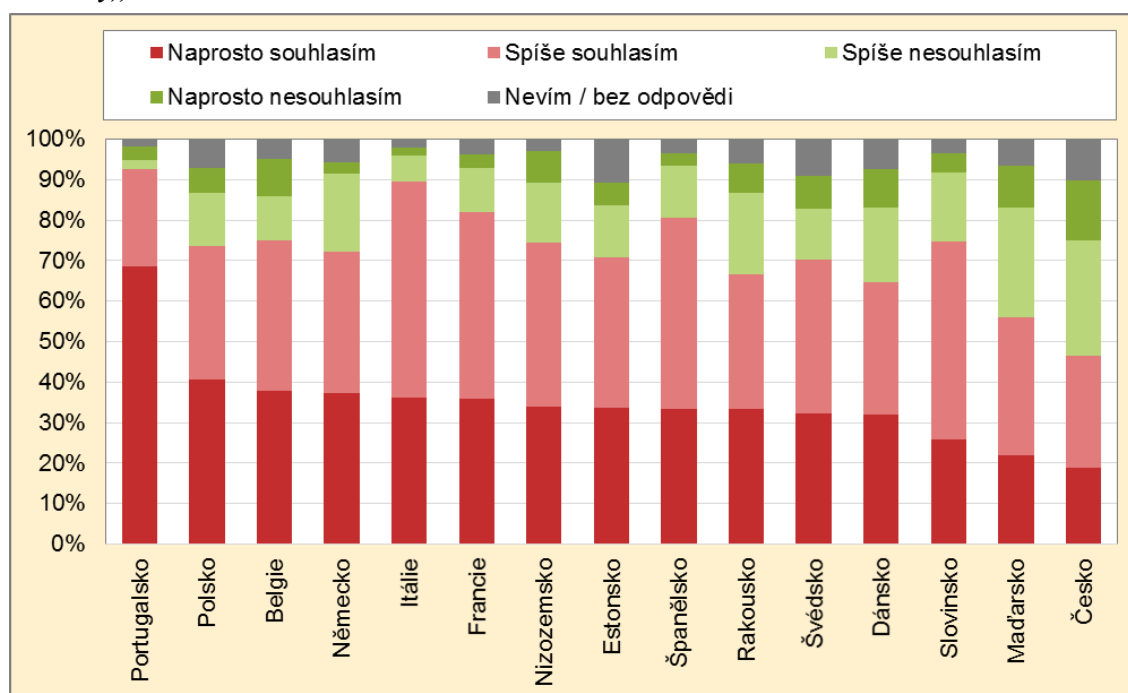


Zdroj: European Commission, 2009

Kromě vlastního bydlení je pro možnost starší populace „stárnout v místě“ určující také přívětivost, respektive bariéry, veřejného prostředí. I proto WHO propojila ideu aktivního stárnutí s myšlenkou měst přátelských k seniorům. Jako příklady vhodných úprav vnějšího prostoru usnadňujících pohyb seniorů v něm můžeme uvést obecně omezení členitosti prostoru (omezení schodů a jiných bariér, nízkopodlažní veřejná doprava) nebo zajištění dostatečného počtu laviček s madly (či jiných míst k odpočinku). V neposlední řadě by veřejné prostředí přátelské k seniorům mělo zohledňovat možné nižší tempo starších osob – při nastavování času k překonání přechodu apod. (MPSV, 2013c).

Výše zmíněné šetření zaměřené na intergenerační solidaritu (European Commission, 2009) zjišťovalo také názor evropské populace na výrok: „Starší lidé by společnosti přispěli mnohem více, kdyby pro ně bylo snazší přemísťovat se z místa na místo.“ Tři čtvrtiny občanů EU s tvrzením souhlasilo (38 % naprosto, 40 % spíše souhlasilo). Nicméně názor populací vybraných zemí se výrazně odlišoval. Zatímco méně než polovina Čechů sdílela přesvědčení, že by senioři přispěli společnosti více, pokud by jim byl umožněn snazší pohyb v prostoru, v Portugalsku a Itálii s tezí souhlasilo 9 z 10 Portugalců a Italů. Otázkou je, zda výpovědi českých respondentů, které vytvářejí dojem k seniorům poměrně vstřícných bytových podmínek nesouvisí s negativním naladěním zdejší společnosti vůči seniorům (viz obr. 5 a 12).

Obr. 12: Starší lidé by společnosti přispěli mnohem více, kdyby pro ně bylo snazší přemísťovat se z místa na místo: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009



Zdroj: European Commission, 2009

4.3.3 Ideální způsob zajištění péče pro nemohoucí rodiče

Názor společnosti na to, jakým způsobem by měla být zajištěna péče o nesoběstačné seniory, se v jednotlivých zemích velmi liší (obr. 13). Postoj občanů k této otázce, který je široce podmíněn faktory spjatými s rozdílnými tradicemi a společenskými hodnotami, je přitom současně příčinou i důsledkem výsledného vztahu formálního a neformálního sektoru dlouhodobé péče.

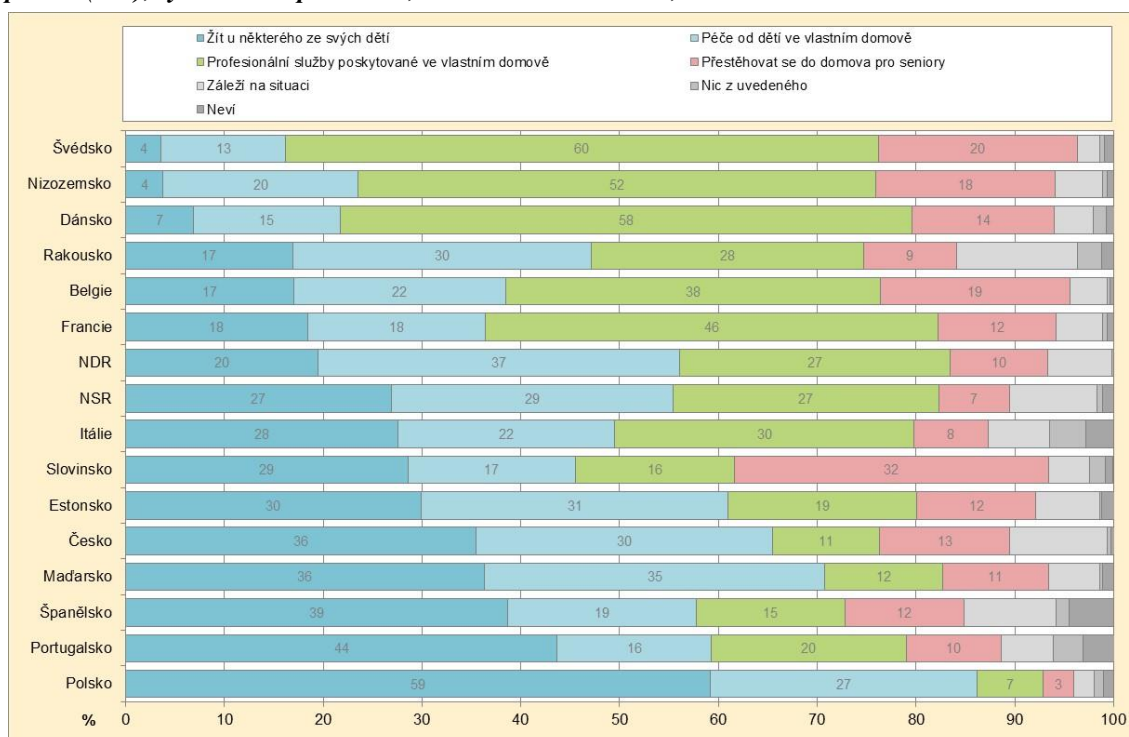
Z celého souboru vybraných 15 zemí (Švýcarsko, jelikož není členem EU, se nezúčastňuje šetření Eurobarometru) si polovina respondentů myslí, že nejlepším řešením zajištění pravidelné péče o nesoběstačné rodiče je péče poskytovaná vlastními dětmi (z čehož mírně nadpoloviční většina upřednostnila péči od dětí ve vlastním domově). Třetina populace daných států jako ideální možnost vybrala pečovatelské služby ve vlastním domově. Alternativou, pro niž se jako pro ideální řešení vyslovilo nejméně účastníků šetření (13 %), je institucionální péče. Výjimku v tomto případě tvoří Česko a především Slovinsko, kde míra preference institucionální péče převyšuje volbu profesionálních služeb poskytovaných v domácnosti. Naopak v severských státech a Nizozemsku jsou profesionální služby poskytované ve vlastním domově široce upřednostňovanou variantou zajištění péče. Žít u svých dětí představuje optimální situaci pouze pro minoritní část populace těchto tří států. Společně s Belgií a Slovinskem v těchto zemích převyšuje preferenci zabezpečení péče v domácnosti vlastních dětí i varianta institucionální péče.

Kromě Polska, Slovinska, Portugalska, Španělska, Maďarska a Česka – tedy ve zbylých 10 zemích z našeho výběru – nadpoloviční většina populace preferuje zajištění péče ve vlastním domově, v severských zemích jsou to dokonce tři čtvrtiny. Vysoký podíl respondentů, kteří za

ideální způsob zajištění péče o rodiče označili sdílení domácnosti s dětmi v Polsku a Portugalsku, je zřejmě ovlivněn relativně vyšší mírou religiozity v těchto zemích.

Co se týče vztahu mezi rodinnou (neformální) péčí a formálními službami, ke kvantifikaci vlivu věku, pohlaví a státní příslušnosti na preferenci neformální péče o staré nesoběstačné rodiče byla využita binární logistická regrese (tab. 1).

Obr. 13: Optimální způsob zajištění péče pro seniora, který žije samostatně a potřebuje pravidelnou pomoc (v %), vybrané evropské země, šetření Eurobarometer, 2007



Poznámky: Přesné znění otázky: „Představte si starého otce nebo matku, kteří žijí sami a nemohou se už kvůli svému tělesnému nebo duševnímu zdravotnímu stavu nadále ve svém životě obejít bez pravidelné pomoci. Co by podle Vás bylo nejlepším řešením pro lidi v této situaci? Za prvé?“ Přesné znění prvních čtyř nabízených odpovědí: „Měli by žít u některého ze svých dětí“, „Některé z jejich dětí by je mělo pravidelně navštěvovat u nich doma a poskytovat jim nezbytnou péči“, „Státní nebo soukromí poskytovatelé pečovatelských služeb by je měli navštěvovat u nich doma a poskytovat jim přiměřenou pomoc a péči“ a „Měli by se přestěhovat do domova důchodců/domu s pečovatelskou službou“. Odpovědi „Záleží na situaci“, „Nic z uvedeného“ a „Neví“ nebyly nabízeny, jedná se o spontánní reakce.

Zdroj: Eurobarometer, 2007; výběrové soubory vážené na populaci

Modelována byla šance, že respondent vyjádří preferenci rodinné péče (sloučeny byly možnosti „žít u některého ze svých dětí“ a „péče od dětí ve vlastním domově“) oproti péči formální (spojeny odpovědi „profesionální služby poskytované ve vlastním domově“ a „přestěhovat se do domova pro seniory“). Jako referenční byly u vysvětlujících proměnných stanoveny tyto kategorie: ženy v případě pohlaví (z hlediska jejich „tradiční role“ pečovatelek, viz výše), věková skupina nad 65 let (tedy senioři jakožto cílová populace této práce) a v případě nezávislé proměnné státní příslušnost Švédsko (jelikož výsledky šetření poukazují na významnou roli neformální péče v této zemi).

Tab. 1 – Model binární logistické regrese - odhad šance, že respondent vyjádří preferenci rodinné péče oproti péči formální podle pohlaví, věku a státní příslušnosti; šetření Eurobarometer, 2007

Závisle proměnná:			
<i>V případě disability starých samostatně žijících rodičů je nejlepším řešením péče od jejich dětí (vs. formální péče)</i>			
Nezávislá (vysvětlující) proměnná:	Poměr šancí exp(B)	95% interval spolehlivosti exp(B)	
		dolní	horní
pohlaví			
žena	1	1	1
muž	1,01	0,94	1,08
věk			
65+	1	1	1
55–64	1,00	0,88	1,13
45–54	1,09	0,97	1,23
35–44	1,17	1,04	1,32
25–34	1,07	0,95	1,21
15–24	1,23	1,08	1,39
státní příslušnost			
Švédsko	1	1	1
Dánsko	1,48	1,18	1,86
Nizozemsko	1,63	1,31	2,04
Francie	3,10	2,51	3,83
Belgie	3,33	2,70	4,11
Slovinsko	4,69	3,80	5,79
Rakousko	6,33	5,10	7,86
Itálie	6,49	5,23	8,04
Německo „východní“ (bývalá NDR)	7,52	5,85	9,65
Německo „západní“ (bývalá NSR)	8,06	6,50	10,01
Estonsko	9,67	7,78	12,02
Portugalsko	10,00	8,03	12,45
Španělsko	10,54	8,44	13,15
Česko	13,50	10,79	16,88
Maďarsko	15,51	12,37	19,44
Polsko	42,84	32,76	56,02
<i>Koeficient determinace (Nagelkerke)</i>	0,22		
<i>Podíl úspěšně zařazených případů</i>	67,80 %		
<i>Počet pozorování</i>	14 377		

Poznámky: Přesné znění otázky: „Představte si starého otce nebo matku, kteří žijí sami a nemohou se už kvůli svému tělesnému nebo duševnímu zdravotnímu stavu nadále ve svém životě obejít bez pravidelné pomoci. Co by podle Vás bylo nejlepším řešením pro lidi v této situaci? Za prvé?“

Přesné znění nabízených odpovědí ve smyslu péče od dětí: „Měli by žít u některého ze svých dětí“ a „Některé z jejich dětí by je mělo pravidelně navštěvovat u nich doma a poskytovat jim nezbytnou péči“

Přesné znění nabízených odpovědí ve smyslu formální péče: „Státní nebo soukromí poskytovatelé pečovatelských služeb by je měli navštěvovat u nich doma a poskytovat jim přiměřenou pomoc a péči“ a „Měli by se přestěhovat do domova důchodců/domu s pečovatelskou službou“

Tučně jsou zvýrazněny statisticky významné poměry šancí.

Zdroj: European Commission, 2012c a vlastní výpočty v SPSS

Hodnota R^2 Nagelkerka udávající procento variability v závislé proměnné, která byla vysvětlena modelem, dosahuje 22 %, což značí existenci ještě jiných charakteristik s větší vysvětlovací silou než námi zvolené vysvětlující proměnné. Na základě dosažené hladiny významnosti (0,000) testu χ^2 modelu jsme však dokázali, že informace o hodnotách nezávislých proměnných umožňuje signifikantně lepší predikci závislé proměnné, než by byla možná bez této informace. Z klasifikační tabulky se dozvídáme, že celkově bylo správně zařazeno 68 % případů, což ukazuje na celkem dobrou diskriminační sílu modelu. Na základě dosažené hladiny významnosti testu dobré shody Hosmera a Lemeshowa (0,982) nezamítáme jeho nulovou hypotézu, že mezi pozorovanými a modelem predikovanými hodnotami není žádný rozdíl.

Tabulka znázorňuje poměry šancí ($\text{Exp}(B)$), které vyjadřují, jakou pravděpodobnost mají respondenti dané kategorie sociodemografické charakteristiky, že se budou klonit spíše k péči poskytované dětmi (ať už v domácnosti starých rodičů, či mimo ni) ve srovnání s referenční skupinou (kdy $\text{Exp}(B) = 1$).

Nejvýznamnějším faktorem se ukázala být charakteristika určující státní příslušnost, naopak pohlaví se ukázalo být charakteristikou nevýznamnou. Vliv věku na závisle proměnnou je téměř zanedbatelný a jeho efekt nemá lineární trend. Příslušnost k věkové skupině 15–24 a 35–44 let velmi mírně zvyšuje pravděpodobnost upřednostnění rodinné péče. Tato skutečnost neodpovídá předem stanovené hypotéze, kdy jsme předpokládali, že „prorodinně“ budou orientovány spíše starší věkové kategorie.

Oproti Švédsku příslušnost k jinému státu významně zvyšovala pravděpodobnost respondenta zvolit jako optimální způsob zajištění péče péči neformální. Respondent z Polska měl oproti respondentovi ze Švédska dokonce více než 40násobně vyšší pravděpodobnost, že před možností formální péče upřednostní péči neformální. I v České republice je preference zajištění péče rodinnými příslušníky (dětmi) silná, oproti Švédům mají Češi více než 13x vyšší pravděpodobnost, což je více než u Portugalců a Španělů, že zvolí jako optimální jednu z možností neformální péče. Výsledky korespondují se vstupním předpokladem částečně. V souladu se stanovenou hypotézou nejméně často staví neformální péči do popředí obyvatelé severovýchodních zemí (Švédsko, Dánsko) společně s Nizozemskem, za nímž následují západoevropské země: Francie s Belgií. Poněkud více prorodinně jsou orientovány země střední a jižní Evropy. Státy východní Evropy (resp. státy středoevropské přistoupivší do EU v roce 2004) však vykazují ještě vyšší míru prorodinné orientace než státy jihoevropské. Výjimkou je z množiny jihoevropských zemí Itálie a ze souboru nových členských států EU Estonsko, jež se mírou inklinace k neformální péči společně řadí spíše ke středoevropským zemím.

Kapitola 5

Péče o seniory v České republice

Populace seniorů v České republice se těší v porovnání s ostatními evropskými zeměmi poměrně horšímu zdravotnímu stavu, obzvláště její ženská část. Zpráva o východiscích dlouhodobé péče uvádí, že Česko nedostatečně podporuje preventivní programy, aktivity zaměřené na zdravé stárnutí a screening disability a rizik (MPSV, 2010).

Z pohledu probíhajícího demografického stárnutí může do budoucna představovat problém negativní obraz této populace u všeobecné veřejnosti, který je mimo jiné stimulován médii, jež společnost informují převážně jen o problémech se stárnutím spojených. V poslední době je mediálně často skloňovaná také otázka dlouhodobé péče. V rozporu s představou dlouhodobé péče jakožto péče integrující služby zdravotní i sociální je organizace DP v ČR rozdělena mezi resorty Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, které spolu, přes různé proklamace slibující opak, příliš nespolupracují, což vede k tomu, že služby jsou poskytovány bez potřebné vzájemné koordinace.

Systém zdravotních služeb je financovaný prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, zatímco služby sociální jsou financovány především z veřejných dotací a příspěvku na péči. Vzhledem k tomu, že výše dotací se mohou poměrně snadno a výrazně měnit, je prostředí sociálních služeb méně stabilní, což může mít negativní vliv na příjemce a poskytovatele sociálních služeb, zejména v případě, je-li poskytovatelem nezisková organizace (Cello, 2011).

Situaci dále znepřehledňuje skutečnost, že dlouhodobá péče není v České republice legislativně upravena a definována, a není tedy ani normativně vymezeno, kdo je jejím příjemcem a poskytovatelem a jaká je její náplň. To mimo jiné zásadním způsobem limituje dostupná statistická data.

Zákon o dlouhodobé péči patřil mezi chystané klíčové zákony a v současné době již měl být v platnosti, legislativní rada vlády však věcný návrh záměru zákona v roce 2012 neschválila. Sporným bodem zamítnutého návrhu byla zejména otázka financování. V případě platnosti zákona by došlo k přesunu přibližně 26 tisíc pacientů především léčených dlouhodobě nemocných z režimu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění do systému dlouhodobé sociální péče, což by pro ně mohlo být natolik finančně náročné, že by neměli dostatek prostředků pro udržení dosavadního vlastního bydlení (Hartmann, 2012). Dlouhodobá péče tak pravděpodobně bude řešena pouze novelizací existujících zákonů. Podle bývalého náměstka ministra zdravotnictví pro zdravotní péči Poláka (cit. v Zdravotnické noviny, 2012a) to sice nepovede ke kýžené legislativní integraci, ale faktická integrace možná je.

Současný ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček si je dle svých vyjádření vědom problémů týkajících se dlouhodobé péče, naznačil vůli spolupracovat na tématu s ministerstvem práce a sociálních věcí. Dle jeho názoru je potřeba dlouhodobou péči rozdělit podle její náročnosti a přizpůsobit tomu úhrady (Břešťan, 2014). Koncepti dlouhodobé paliativní a zdravotně-sociální péče si ministr zdravotnictví vytyčil jako jednu z 12 priorit, na něž se chce zaměřit (ČTK, 2014c). „Dokončení koncepce systému následné a dlouhodobé lůžkové péče a domácí zdravotní péče včetně péče paliativní“ je také jedním z opatření systémových změn v oblasti veřejného zdravotního pojištění schváleného letos na jaře vládou (MZ ČR, 2014). I v jejím programovém prohlášení stojí: „Vláda vytvoří transparentní, efektivní a spravedlivý systém financování sociálních služeb, zejména v souvislosti s přechodem financování sociálních služeb na kraje od 1. ledna 2015¹⁶. ... Vláda bude řešit ve spolupráci s resortem zdravotnictví problematiku průřezových sociálně-zdravotních služeb.“ (Vláda ČR, 2014).

V reakci na stárnutí české populace byla vládou ČR zřízena v rámci Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 Rada vlády pro seniory a stárnutí populace. Na tento program navázal strategický dokument Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Hlavním výstupem Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, který byl v roce 2012 vyhlášen Evropským parlamentem a Radou na návrh Evropské komise, je nynější navazující Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Jako jedna z priorit je v něm vytyčena „péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností“ s vizí „široké nabídky provázaných sociálně-zdravotních služeb včetně zapojení pečovatелů“, která bude reagovat na jejich specifické potřeby. V rámci této priority dokument definuje dva strategické cíle: za prvé nabídnout cílové skupině co nejširší škálu služeb (včetně specializované geriatrické péče) a za druhé zvýšit informovanost neformálních pečujících. Mezi opatření, jež mají vést k dosažení prvního cíle, můžeme jmenovat například: „nastavení fungujícího systému dlouhodobé péče (včetně paliativní), který zajistí seniorům přístup ke kvalitním koordinovaným, komplexním a vzájemně provázaným zdravotně sociálním službám“; rozvoj specializované geriatrické péče; nastavení systému péče o osoby s demencí nebo podpora rozvoje informačních a komunikačních technologií a služeb asistovaného života pro seniory. Motivace rodinných příslušníků k účasti na péči a vytvoření odpovídajících podmínek pro ně má být dosaženo pomocí informační kampaně, rozšiřováním dostupnosti terénních a odlehčovacích služeb a zvýšením nabídky nástrojů pro jejich vzdělávání (MPSV, 2013b).

O novém nastavení systému zdravotně-sociální péče hovoří také Národní program reforem 2012, národní implementační dokument Strategie Evropa 2020 (v tomto kontextu je koncipován s výhledem na celou dekádu 2010 – 2020). Kromě nové právní úpravy zdravotně-sociální péče zmiňuje v reakci na demografické trendy také potřebu transformace lůžkové péče ve smyslu částečného zrušení lůžek akutní péče, nebo jejich převedení na lůžka následné péče. Hlavním cílem optimalizace zdravotní a sociální péče by dle dokumentu měla primárně být podpora

¹⁶ Dotace nyní rozdělují MPSV na doporučení krajů. Samy kraje měly o penězích na sociální služby původně rozhodovat již od roku 2012. Nyní je v diskuzi další odsun změn až na rok 2016.

ambulantních a terénních zdravotně sociálních služeb na komunitní úrovni, a tak podpora setrvání dlouhodobě nemocných ve svém přirozeném domácím prostředí (Úřad vlády ČR, 2012).

Na národní úrovni tedy máme v České republice v platnosti hned několik dokumentů hovořících o strategiích našeho státu v oblasti dlouhodobé péče. Následující vývoj ukáže, zda cíle v těchto dokumentech vytyčené mají více než proklamativní charakter, a ovlivní dosavadní praxi popsanou v následujících podkapitolách. Služby poskytované seniorům jsou z důvodu oddělených systémů zdravotní a sociální péče rozděleny na zdravotní a sociální. Cílem následujících dvou podkapitol je podat přehled o těchto službách, odhad příjemců dlouhodobé péče je náplní čtvrté podkapitoly.

5.1 Zdravotní péče o seniory

Zdravotní služby pro seniory podle Návrhu struktury optimální sítě zdravotní péče MZ ČR (2004; cit. v Jarošová, 2006) zahrnují: geriatrická oddělení, geriatrické ambulance, geriatrická denní centra, domácí péči, hospice, zařízení následné péče a ošetrovatelská oddělení.

Geriatrická oddělení jsou akutními odděleními nemocničního typu, která se specializují na péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti (např. pády, deliriozní stavy, malnutrice, ...). Předpokládaná délka pobytu na tomto oddělení je do 3 týdnů, po zlepšení nebo stabilizaci stavu jsou hospitalizovaní propuštěni domů nebo překládáni do zdravotnických zařízení s charakterem léčebny dlouhodobě nemocných (Jarošová, 2006). Zařízení by se měla kromě léčby akutního stavu zaměřovat i na minimalizování zhoršení funkčního stavu („zbytečným“ ležením bez adekvátní rehabilitace atp.), tedy respektovat tzv. specifický geriatrický režim. Odborných geriatrických oddělení je v České republice zatím velmi málo (Holmerová aj., 2013). *Geriatrické ambulance* jsou ambulancemi geriatrického oddělení, na jehož činnost navazují. Mimo jiné také poskytují poradenství pro pečující rodiny a měly by spolupracovat s občanskými iniciativami, orgány státní správy a místní samosprávy při řešení problematiky zajištění péče o seniorskou populaci. *Geriatrická denní centra (centra denních hospitalizací)* jsou zřizována při geriatrických odděleních, jedná se o semimurální (poloústavní) formu péče o geriatrické pacienty. Pobyt v zařízení trvá 6–12 hodin, podle zaměření centra je možnost denních a (nebo) nočních pobytů. Obsahem péče jsou léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, psychická aktivizace a ergoterapie, kognitivní trénink. Indikací k přijetí do péče je potřeba zdravotní péče trvající déle než je v možnostech ambulantního ošetření, ale ne kontinuálně.

Službou poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí je *domácí zdravotní péče*. Zahrnuje ošetrovatelskou¹⁷, léčebně rehabilitační nebo paliativní péči (Česko, 2011). Její filozofií je

¹⁷ Dle Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) č. 372/2011 Sb. (Česko, 2011) je účelem ošetrovatelské péče udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti. Součástí ošetrovatelské péče je i péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.

náhrada nebo oddálení hospitalizace na lůžkovém oddělení a cílem zlepšení či udržení kvality života pacienta (Jarošová, 2006). Zajišťují ji tzv. agentury domácí péče, jejichž zřizovateli jsou nejčastěji nestátní neziskové organizace a fyzické osoby. Předpokladem poskytování péče je dostupnost minimálně 14 hodin denně včetně víkendů a dostatečná spolupráce s rodinou a (nebo) sociálními službami (Jarošová, 2006). O rozsahu i frekvenci poskytování domácí péče rozhoduje praktický lékař nebo ošetřující lékař za hospitalizace klienta – do 14 dnů po ukončení hospitalizace. V těchto případech indikace ošetřujícího lékaře je plně hrazena zdravotními pojišťovnami, jinak (nadstandardní služby apod.) ji lze hradit přímou platbou. Maximální rozsah frekvence domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění je stanoven na 3 hodiny odborné péče denně, který lze v odůvodněných případech rozšířit až na 5 hodin denně. Zároveň je péče omezená na maximálně 3 návštěvy denně (Domácí péče, 2006). Nositelem výkonů domácí péče dle platného Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (vyhláška MZ ČR) je kvalifikovaná sestra, členy týmů agentur domácí zdravotní péče však tvoří i jiní zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí (všeobecné sestry představují zhruba polovinu z nich) a další pracovníci, např. fyzioterapeuti (ÚZIS, 2001–2013).

Potřebuje-li klient v rámci domácí péče sociální péči, rozhoduje o její potřebnosti a rozsahu sociální pracovník. Sociální péče je hrazena prostřednictvím sociálních referátů městských úřadů při spoluúčasti klienta (většinou péči hradí z tzv. příspěvku na péči – viz dále). Úkony pečovatelské služby mohou zajišťovat v rámci komplexní domácí péče mimo jiné právě i pracoviště domácí péče. Poskytovatelé, kteří chtějí poskytovat souběžně ošetřovatelskou i sociální péči, se však bohužel dostávají do nelehké pozice kvůli (vícezdrojovému) financování této péče.

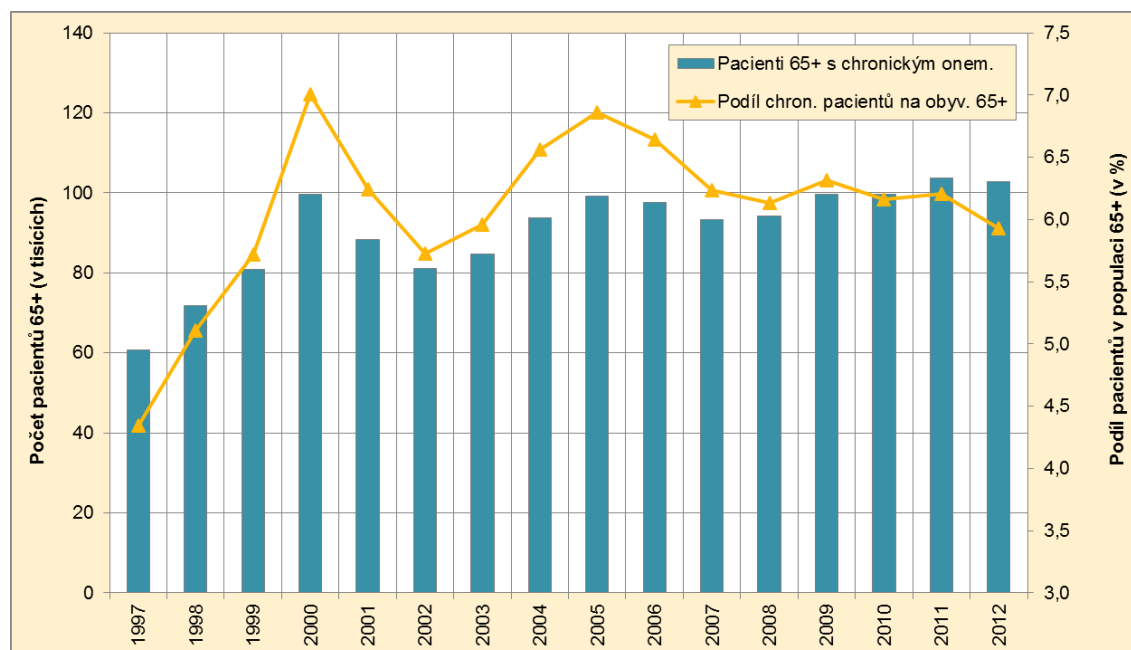
Dlouhodobá domácí péče, která je určena chronicky nemocným lidem a bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let, je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice (pro osoby ve věku 65 let a více na obr. 14). Analýza finančních toků v dlouhodobé péči MPSV (2011b) ukázala, že déle než tři měsíce čerpá domácí zdravotní péči přes 40 % všech jejích uživatelů, což představuje téměř 90 % nákladů na tuto péči. Více než polovina nákladů je spotřebovávána pacienty, již ji využívají celoročně. Dále je tato péče poskytována také osobám s akutním onemocněním nebo při pooperačních stavech a úrazech (od roku 1993). Hospicová péče o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života (přibližně do šesti měsíců) v rámci domácí péče funguje od roku 1994 a zahrnuje mimo jiné management bolesti a emoční podporu (Jarošová, 2006).

V osmdesátých letech 20. století, kdy se stala v ČR geriatrie samostatným lékařským oborem, vznikl institut geriatrické sestry – sestry poskytující domácí ošetřovatelskou péči seniorům. Tyto sestry měly pracovat vždy jedna ve dvou obvodech praktických lékařů a kromě ošetřovatelské a rehabilitační péče u starších pacientů měla jejich činnost mít i preventivní charakter. Díky tomu, že byly v pravidelném kontaktu se staršími lidmi ve svém obvodu, znaly jejich potřeby (Holmerová aj., 2013). Do jisté míry se dá říci, že to byli novodobí „case

manažeri“ ve zdravotnictví¹⁸. Jejich činnost byla s privatizací lékařských praxí nahrazena (ne však celoplošně a ve všech činnostech) právě soukromými agenturami domácí péče (Holmerová aj., 2013). První pracoviště zajišťující domácí ošetrovatelskou péči v České republice vzniklo v roce 1990 – tzv. středisko ošetrovatelské péče při České katolické charitě. Právně legalizovaná se domácí péče stala rok poté – Ministerstvo zdravotnictví ji definovalo ve Zdravotním řádu jako zvláštní formu zdravotní péče. V téže roce také byla založena první agentura domácí péče dnešní podoby. Na konci roku 1991 působilo v ČR celkem 26 agentur, z nichž 25 jich bylo charitních. Zajišťovaly ošetrovatelskou péči pro 1459 klientů. K výraznému nárůstu počtu agentur domácí péče došlo v roce 1992, na jehož konci jich v Česku působilo již 68 (péči poskytovaly 6742 klientům). Nové agentury v roce 1993 byly zakládány většinou sestrami, dále nemocnicemi, Českým červeným křížem, diakonií, řádem Maltézských rytířů, městskými úřady aj. Velký rozvoj agentur souvisel s rozšířením informací o domácí péči a také se zavedením povinného zdravotního pojištění. V tomto roce byla také založena Asociace domácí péče České republiky (ADP), která dodnes dobrovolně sdružuje poskytovatele domácí péče. Do roku 1999 pak počet zdravotnických zařízení poskytující domácí zdravotní péči narostl na 454 (Jarošová, 2007). Přes úspěchy v rozvoji české domácí péče se však ukázalo, že oproti očekávání nedošlo k úspoře finančních prostředků v rámci celého systému zdravotnictví a ani se výrazně nesnížil počet hospitalizovaných pacientů. Výzkumná studie z roku 1998 (Holmerová, Přehnal, Sedláček; cit. v Jarošová, 2006) uvádí jako důvody překotný nekonceptní a nekoordinovaný nárůst počtu agentur domácí péče se zaměřením na převážně dílčí nekomplexní ošetrovatelské výkony a nedostatečná koordinace v poskytování zdravotních a sociálních služeb. V následujících letech již nebyl nárůst počtu nových agentur tak výrazný. Poslední dostupná statistická data jsou z roku 2012, na jehož konci bylo evidováno 474 pracovišť domácí zdravotní péče (DZP). Téměř tři čtvrtiny poskytovatelů poskytují péči nepřetržitě sedm dní v týdnu. V necelých 90 % návštěv u pacienta bylo v roce 2012 provedeno pouze zdravotní ošetření. 6 % provedených výkonů nebylo hrazených ze zdravotního pojištění, z toho naprostá většina se týkala sociální péče. Nadpoloviční počet výkonů byl proveden u imobilních pacientů (ÚZIS, 2001–2013). Služeb DZP v roce 2012 využilo přes 148 tis. pacientů, což představuje 36% nárůst od roku 1995. Osoby ve věku 65 a více let stabilně představují 80 % těchto pacientů. Podíl žen z celkového počtu pacientů lze z publikací ÚZIS získat pro roky 2010–2012. Ve všech těchto letech ženy tvořily 64 % pacientů domácí péče. Domácí hospicová péče byla poskytována 7,4 tisícům pacientů. Chroničtí pacienti jsou ve struktuře všech klientů DZP dlouhodobě zastoupeni cca z 85 %. Ve věku 65 let a více je to zhruba 90% pacientů léčených v DZP pro chronická onemocnění. Vývoj počtu chronicky nemocných seniorů léčených v DZP a jejich podíl v seniorské populaci od roku 1997 zachycuje obr. 14.

¹⁸ Tzv. case-manažer má významnou roli při poskytování DP v severských zemích a Nizozemsku. Je koordinátorem služeb na místní úrovni, na základě multidisciplinárního posouzení potřeb klienta a znalosti (lokálních) možností navrhuje nejvhodnější řešení zajištění péče v daném čase a situaci (Holmerová aj., 2013).

Obr. 14: Počet pacientů domácí zdravotní péče ve věku 65+ léčených pro chronická onemocnění a jejich podíl v populaci 65+, ČR, 1997–2012



Zdroj: ÚZIS, 2001–2013

Hospice jsou lůžková zdravotnická zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní. Jejím účelem je dle zákona o zdravotních službách zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí (Česko, 2011). Tato zařízení mohou poskytovat také respitní péči. Hospicová a paliativní péče se v ČR začala rozvíjet až po roce 1989. Kapacita hospicových zařízení, jichž je v současnosti 16, se postupně zvýšila na 468 lůžek, což se již přibližuje teoretickému číslu potřebného počtu hospicových lůžek – 5 na 100 tisíc obyvatel dle zahraničních zkušeností. V průběhu roku 2012 bylo v těchto zařízeních hospitalizováno celkem 4050 pacientů, s průměrnou ošetrovací dobou 32,1 dne (ÚZIS, 2013a). Financování lůžkové hospicové péče je vícezdrojové – z veřejného zdravotního pojištění je pokryto 40–60 % celkových nákladů, kolem 20 % nákladů pokrývají příspěvky na péči a dotace na sociální péči a zbylých 20–40 % potřebných příjmů musí zajistit hospice z darů a sbírek. Pacienti přispívají na den v lůžkovém hospici 200–500 Kč (ČSPM, 2013). Senioři tvoří většinu pacientů, ale potřeba hospicové péče může nastat v jakémkoliv věku. Z celkového počtu hospitalizací v hospicích skončilo v roce 2012 80 % úmrtím (ÚZIS, 2013b).

Těžiště zdravotní péče poskytované seniorům spočívá z pohledu DP v následné a dlouhodobé lůžkové péči. Zákon o zdravotních službách (Česko, 2011) oba tyto typy péče rozlišuje¹⁹, toto rozlišení však nemá oporu v datech – statistika ÚZIS péči na základě těchto typů nerozlišuje, proto v reálu nelze dlouhodobou lůžkovou péči na základě dostupných dat

¹⁹ Následná péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče. **Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje** (Česko, 2011).

sledovat – není odlišena od následné péče. Při poskytování dlouhodobé lůžkové péče dominuje poskytování ošetrovatelské péče, tedy zdravotní péče poskytované středním a nižším zdravotním personálem.

Převážně na ošetrovatelskou péči (krátkodobou, dlouhodobou i trvalou) se zaměřují *ošetrovatelská oddělení*. Tato péče je určena pro pacienty ve stabilizovaném nebo neovlivnitelně progredujícím stavu s potřebou základní ošetrovatelské péče překračující kapacitu reálně nárokované domácí péče (více než 3 hodin ošetrovatelské péče s maximem 3 ošetrovatelských návštěv denně). Obsahem péče je hygienický režim, výživa, aktivizace pacienta (nácvik aktivit denního života), režim eliminující proleženiny, převazy, ošetření bércových vředů, podávání léků, sledování základních fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, sledování psychického stavu, ošetrování stomií (vyústění orgánu na povrch těla), drénů, kanyl, oxygenoterapie, ... (Jarošová, 2006).

Zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací oddělení) je určeno pro nemocné ve stabilizovaném stavu, kteří potřebují časově delší léčebně rehabilitační program s reálnou perspektivou propuštění. Většinou jsou sem překládáni pacienti z nemocničních oddělení. Cílem této péče je návrat či zlepšení soběstačnosti a schopnost nezávislého života (Jarošová, 2006). Zařízeními poskytujícími následnou péči jsou především nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy, mezi něž patří i léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Dle definice ÚZISu (2013) jsou určeny pro poskytování specializované lůžkové péče, která je zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajícími nemocemi. Právě LDN jsou v obecném povědomí vnímány jako synonymum pro dlouhodobou péči, název těchto zařízení je však do jisté míry matoucí. Jedná se o skupinu zařízení, z nichž některé poskytují dlouhodobou péči, zatímco jiné mají charakter rehabilitačních a doléčvacích oddělení – tedy poskytují služby následné péče (MPSV, 2010). Rozdíly v charakteru poskytované péči souvisí také s tím, zda je LDN součástí nemocnice. Léčebny, které nemají v blízkém dosahu specializovanou péči, se zpravidla orientují více na ošetrovatelství (Klusáková, 2012b).

LDN začaly vznikat v sedmdesátých letech dvacátého století s cílem nahradit nevyhovující „odkladová“ oddělení nemocnic či tzv. „interní oddělení druhého typu“ jak se tato zpravidla velmi nekvalitní oddělení nazývala (Holmerová aj., 2013). Po vzniku oboru geriatrie v osmdesátých letech se staly „lůžkovou základnou oboru geriatrie“ (Haškovcová, 1989). Koncem roku 2012 v ČR vykazalo činnost 74 léčeben pro dlouhodobě nemocné, jejichž kapacita představuje necelých 7 % lůžkového fondu ČR. Využití lůžek LDN je tradičně vysoké – lůžková kapacita je využívána z 90 %. V průběhu roku 2012 bylo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné hospitalizováno přes 42 tisíc pacientů. Průměrná ošetrovací doba činí necelé dva měsíce (ÚZIS, 2013a). Celkem 8,3 tisíc pacientů (tedy zhruba pětina celkového počtu hospitalizovaných) zde během roku 2012 zemřelo (ÚZIS, 2013b).

V dnešní době tato zařízení často trpí nedostatkem financí a personálu, jejich obraz na veřejnosti není příliš pozitivní. Nedostatečná kvalita péče na odděleních typu LDN se v posledních letech stala relativně oblíbeným tématem pro média. Rozsáhlejší mediální kampaň bylo možné zaznamenat např. v roce 2008, kdy novinář MF Dnes v roli sanitáře prostřednictvím několika článků v tomto periodiku popsal svoje negativní zážitky (MPSV, 2010). V září 2013

časopis Respekt (a další média) přinesl další závažnou zprávu o zanedbávání a týrání starých lidí v ústavní následné péči v jednom ze zdravotnických zařízení. V souvislosti s těmito případy MUDr. Zdeněk Kalvach zveřejnil svou reakci na ně. Dle jeho názoru jsou na vině systémové příčiny – celá oblast je dlouhodobě podfinancovaná a prostoupená „územími nikoho“ na pomezí zdravotnické a sociální rezortní odpovědnosti. Varuje také před přetlakem, kdy jsou z nemocnic do zařízení následné péče pacienti předčasně vytlačováni v nestabilizovaném stavu (Kalvach, 2013b). Tyto „skandály“ bohužel poškozují i zařízení, která i přes popsání „nesnáze“ spojené s jejich působností poskytují kvalitní péči, a zvyšují psychický tlak na jejich pracovníky (Holmerová aj., 2013).

Využití lůžek, na nichž je poskytována i dlouhodobá péče je dle statistiky ÚZIS vůbec jedno z nejvyšších. Poměrně často se v českém prostředí v posledních letech (nejen) diskutovala potřeba restrukturalizace lůžkového fondu v ČR. Podle Mátya aj. (2009b) problém představuje především nedostatek chronických lůžek. Dle odkazovaného dokumentu projektu Kulatého stolu českého zdravotnictví by „chronická“ lůžka měla být (oproti akutní péči) decentralizovaná a provázaná s poskytováním sociální péče a s neformální péčí.

Český vzdělávací systém změněné potřeby související s demografickým a epidemiologickým vývojem zatím překvapivě nevzal příliš v úvahu. Výuka geriatrické je především na většině lékařských fakult okrajovou záležitostí a problematika dlouhodobé péče a sociálních služeb zpravidla není do výuky zahrnuta vůbec. Problematiku chronických onemocnění a dlouhodobé péče reflektuje nově vzniklý lékařský obor medicína dlouhodobé péče vycházející hlavně z geriatrické a gerontologie, ale soustřeďuje se také na některé specifické problémy (jako například problematiku demencí) a širší sociální a organizační souvislosti, včetně důrazu na kvalitu služeb (Holmerová, 2011).

5.2 Sociální péče o seniory

Dalšími faktickými poskytovateli dlouhodobé péče jsou zařízení v působnosti rezortu sociálních věcí. Systém sociální péče byl v České republice institucionalizován v 18. století, od něhož prošel mnohými změnami. K zásadním změnám v poskytování sociálních služeb došlo v souvislosti se současnou podobou úpravy zákona o sociálním zabezpečení (o sociálních službách) č. 108/2006 Sb. (v účinnosti od roku 2007, v současnosti ve znění platném od 1. 1. 2012). Na základě tohoto zákona byla nově upravena některá zařízení: vznikly domovy pro osoby se zdravotním postižením (dříve ústavy pro zdravotně postižené), domovy pro seniory (dříve domovy důchodců) a domovy se zvláštním režimem. Zrušeny byly domovy-penziony pro důchodce a domy s pečovatelskou službou.

V zákoně jsou definovány různé typy sociálních služeb, sociálních zařízení zřízených pro jejich poskytování, a (mimo jiné) upravuje kontrolu kvality poskytování sociálních služeb s využitím stanovených standardů kvality. Sociální péče zahrnuje především poskytování sociálních dávek (příspěvků na péči) a sociálních služeb.

Financování sociálních služeb je vícezdrojové – stěžejními zdroji financování jsou dotace z veřejných rozpočtů (od roku 2007 na úrovni přibližně 30 %, dříve kolem 80 %), úhrada

klientů za poskytované služby (dlouhodobě kolem 20 %), úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění (relevantní od roku 2007, 2–3 %), zbytek výdajů připadá na příspěvek na péči. Výdaje na sociální služby se od počátku 90. let dlouhodobě zvyšují (MPSV, 2013d), v roce 2010 se na ně vydalo přes 45 miliard (ČTK, 2012). Jejich podíl na hrubém domácím produktu výrazně vzrostl po zavedení příspěvku na péči (od roku 2007 kolem 1 % HDP ČR), jenž se na celkových výdajích na sociální služby se podílí téměř z poloviny. Náklady na tento příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu (MPSV, 2013d).

5.2.1 Příspěvek na péči

Zákon o sociálních službách z roku 2006 zavedl tzv. příspěvek na péči, jenž nahradil v roce 2007 dřívější příspěvek při péči o osobu blízkou. Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, kterým se dle zákona (Česko, 2006) rozumí zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. Velmi zjednodušeně lze tedy říci, že v kontextu sociálních služeb je potřeba dlouhodobé péče vymezená nárokem na příspěvek na péči (PNP), i když ne všechny osoby, které jsou závislé na cizí pomoci, ho pobírají. Příspěvek je určen na úhradu za pomoc, jež je osobě poskytována rodinným příslušníkem (osobou blízkou) či jinou osobou²⁰, registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo pokud je osobě poskytována péče ve speciálním lůžkovém zdravotnickém zařízení hospicového typu. Při hospitalizaci se příspěvek vyplácí pouze v případě, že tato hospitalizace trvá dobu kratší než jeden měsíc. Výše měsíčního příspěvku na péči je odvozena od stupně závislosti (lehká I. – 800 Kč, středně těžká II. – 4 000 Kč, těžká III. – 8 000 Kč a úplná IV. – 12 000 Kč²¹), který se stanovuje na základě posouzení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby (definováno je celkem 10 položek: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost), respektive na základě počtu z těchto aktivit, které člověk vykonávat bez pomoci nemůže²². Pro přiznání příspěvku se osoba musí podrobit sociálnímu šetření ve svém místě bydliště a posouzení lékařskou posudkovou službou okresní správy sociálního zabezpečení (zpravidla na základě dokumentace vyžádané od v žádosti uvedeného lékaře). Systém posuzování nároku na příspěvek je dlouhodobě kritizován – především rozhodování pracovníků lékařské posudkové služby, kteří rozhodují, aniž by posuzovanou osobu kdy viděli. Proto by měli v následujících letech (2016–2017) lékařskou posudkovou službu nahradit zdravotně sociální pracovníci. Ti budou čerpat přesnější informace přímo od ošetřujících lékařů, jenž budou proškoleni tak, aby uměli lépe popsat zdravotní stav pacienta s ohledem na jeho potřeby (Marek, 2014). Holmerová aj. (2013) také upozorňují na to, že často nedochází k dostatečné výměně informací mezi Úřadem práce, který dávku vyplácí,

²⁰ tzv. asistentem sociální péče, kterým podle zákona o sociálních službách může být fyzická osoba starší 18 let (jiná než osoba blízká, např. souseď), která je zdravotně způsobilá

²¹ uvedené částky platí pro osoby nad 18 let věku

²² Pro osoby nad 18 let platí: při lehké závislosti člověk není schopen zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby, při středně těžké pět nebo šest potřeb, v případě těžké závislosti sedm nebo osm a v situaci úplné závislosti devět nebo deset základních životních potřeb.

a příslušným sociálním odborem obce. To vede k situaci, kdy obec prakticky neví, kdo tento příspěvek pobírá a komu by bylo zapotřebí věnovat podporu při zajištění péče a služeb.

Cílem zavedení této dávky bylo mimo jiné posílit koupěschopnou poptávku a tím podpořit rozvoj nových sociálních služeb zejména terénního a ambulantního charakteru. Dosavadní poznatky však naznačují, že v praxi příspěvek často neslouží k zabezpečení sociálních služeb od registrovaných poskytovatelů (viz dále), díky čemuž se tak do systému sociálních služeb navrácí pouze část z objemu vyplacených dávek. Stát rovněž předpokládal, že počet osob pobírající tuto dávku bude podstatně nižší, než je skutečností²³ (MPSV, 2013d). Příjemců příspěvku na péči postupně přibývalo od roku 2007 z 260 tisíc na 313 tisíc v roce 2010 (MPSV, 2012a). Po roce 2010 se prozatím růst počtu příjemců zastavil, poslední známá data za rok 2012 udávají průměrný měsíční počet vyplacených dávek v hodnotě 312 tisíc a související náklady 18,4 miliardy Kč (MPSV, 2013e). Podle Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí by počet příjemců PNP měl do roku 2020 vzrůst na 355 tisíc a nejvíce by mělo přibývat lidí, kteří budou potřebovat vyšší dávku (ČTK, 2012). Osoby ve věku 65 let a vyšším stabilně představují přibližně 70 % příjemců PNP. Ženy jsou ve struktuře příjemců zastoupeny zhruba ze dvou třetin (Zdravotnické noviny, 2012). Nejčastěji je přiznáván příspěvek na péči I. stupně závislosti, jeho podíl na počtu osob pobírajících PNP však v čase klesá, stejně tak jako podíl osob pobírajících příspěvek II. stupně – v roce 2012 (data poskytnutá MPSV na vyžádání, 2013) se podíl příjemců v I. i II. stupni přiblížil a tvořil 35 (I.), resp. 32 (II.) %. Nejrychlejším tempem v období 2007–2012 naopak narostl počet osob s příspěvkem v nejvyšším stupni závislosti – z necelých 5 % na téměř 13 %. I podíl osob s přiznaným PNP v druhém nejvyšším stupni se ve struktuře příjemců příspěvku ve sledovaném období zvýšil – na 23 %.

Standardně MPSV nepublikuje příjemce PNP v členění dle věku a pohlaví. Data použitá k sestrojení grafů na obr. 15 byla převzata z analýzy Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů (MPSV, 2013d). Závislost (z hlediska pobírání PNP) roste s věkem – bez ohledu na stupeň závislosti PNP v roce 2010 tuto sociální dávku pobíralo 5,4 % mužů a 8,6 % žen ve věku 66–80 let²⁴, zatímco ve věku nad 81 let včetně již 25 % mužů a 44 % žen. I struktura příjemců z hlediska stupně závislosti se v těchto dvou věkových skupinách odlišuje, avšak rozdílným způsobem pro muže a pro ženy. U žen se ve vyšší věkové kategorii zvyšuje relativní zastoupení příjemkyň PNP s vyššími stupni závislosti, kdežto u mužů se struktura příjemců dle stupňů závislosti s věkem téměř nemění, ba dokonce podíl příjemců v I. stupni je ve věkové kategorii 81+ vyšší oproti příjemcům ve věku 66–80 let. To se odráží ve skutečnosti, že zatímco ve vyšší věkové skupině (nad 81 let včetně) je míra závislosti žen vyšší než mužů, v nižší věkové skupině je tomu naopak. Celkově ženy představují 67 % příjemců PNP mezi seniory do 80 let a téměř 80 % ve věku 81 let a vyšším (MPSV, 2013d).

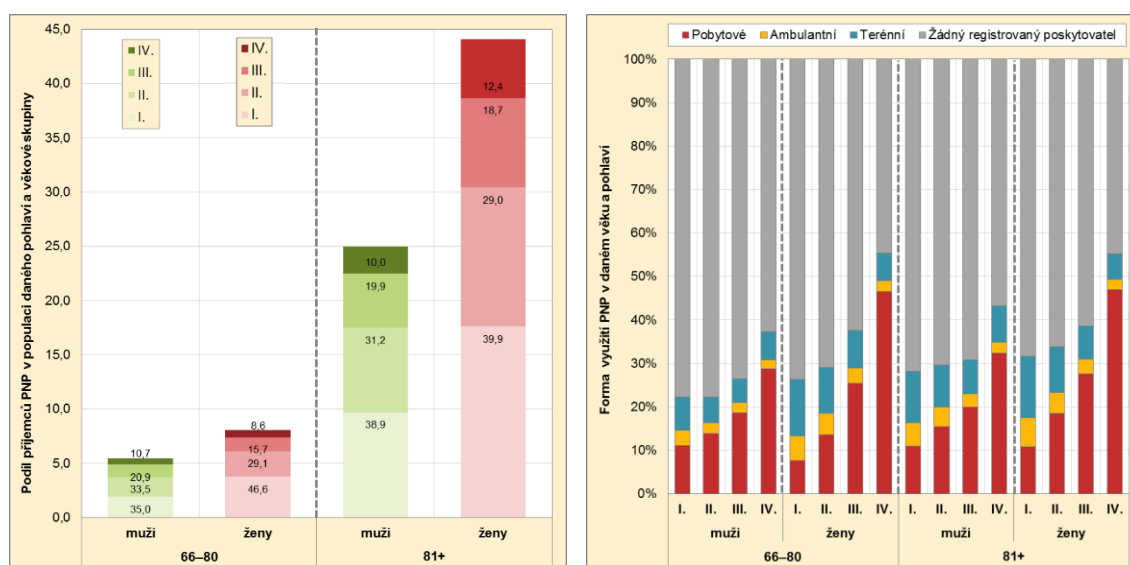
Příjemce může PNP využít ke koupi sociální služby (jimiž se podrobněji věnuje následující oddíl), věnovat ho svému pečovateli, nebo kombinovat oba způsoby. Sociální služby mohou být v závislosti na místě jejich poskytování poskytovány ve formě pobytové, ambulantní, nebo

²³ Při přípravě zákona o sociálních službách se očekávalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 175 tis. osob a náklady na jeho výplatu měly činit cca 8 mld. Kč (MPSV, 2005; cit. v MPSV, 2013d).

²⁴ Struktura dat v datovém zdroji neumožnila vytvořit věkové kategorie 65–79 let a 80+.

terénní – tj. v přirozeném sociálním prostředí (Česko, 2006). Z analýz vyplývá, že od počátku zavedení dávky zhruba tři čtvrtiny příjemců PNP přijímají péči od rodinných příslušníků a blízkých, a jen čtvrtina prostřednictvím formálních (profesionálních) služeb. Na základě dostupných dat však podíl příjemců PNP nevyužívajících žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů mezi roky 2007 a 2010 poklesl. Vrostlo procento příjemců PNP využívajících jak pobytových (především v nejvyšších stupních závislosti), tak terénních (zejména v nižších stupních závislosti) i ambulantních služeb (MPSV, 2013d).

Obr. 15: Podíl příjemců PNP ve věkové skupině 66–80 let a 81+ let a struktura využití PNP dle jeho formy, ČR, muži a ženy, k 31. 12. 2010



Pozn.: Zobrazené hodnoty v levém grafu představují podíl příjemců v daném pohlaví a věkové skupině dle stupně závislosti

Zdroj: MPSV, 2013d

Informace o příjemcích PNP lze získat jednat z informačního systému o PNP a také z dotačního řízení, tyto datové zdroje nejsou plně srovnatelné. Jelikož z informací o dotačním řízení nelze zjistit pohlaví a věk příjemců, vycházejí data na grafech v obr. 15 ze zmíněného informačního systému. Tento datový zdroj však s sebou přináší některé metodické problémy. První je skutečnost, že položka „žádný registrovaný poskytovatel“ zahrnuje i údaje „bez odpovědi“. Druhý souvisí s tím, že data nejsou aktualizovaná – tj. nezachycují změny, k nimž dochází v průběhu doby pobírání PNP. Proto je nutné výsledky posuzovat s obezřetností (MPSV, 2013d).

V seniorské populaci ve věku 66 let a vyšším na základě informačního systému o PNP registrované služby v roce 2010 nevyužívalo celkem 65 % žen a 72 % mužů. V mladší věkové skupině to přitom bylo 69 % žen a 75 % mužů a ve starší 63 % žen vs. 69 % mužů. Ve všech vymezených pohlavně-věkových kategoriích míra využívání profesionálních služeb k zabezpečení péče roste, pouze u žen s nejvyšším stupněm závislosti však mají mezi příjemci PNP registrovaní poskytovatelé větší váhu než neformální péče. Dominantním způsobem zajištění formální péče jsou přitom pobytové formy služeb, využívá je celkem 18 % příjemců PNP ve věku 66 let a vyšším (19 % žen a 16 % mužů). Méně než poloviční podíl na registrovaných poskytovatelích mají jen v nejnižších stupních závislosti. S rostoucím stupněm

závislosti se na jejich úkor snižuje podíl příjemců využívajících terénní a ambulantní formy péče. Terénní sociální služby přitom v roce 2010 využívalo celkem 10 % příjemců PNP (11 % žen a 8% mužů) a ambulantní sociální služby necelých 5 % (5 % žen a 3,5 % mužů). Zajímavou skutečností z pohledu pohlaví je, že v mladší věkové kategorii muži oproti ženám častěji využívají v rámci registrovaných poskytovatelů pobytovou formu služeb, zatímco ve starší věkové kategorii naopak ve vyšší míře PNP používají na úhradu terénních služeb.

Jedním z významných faktorů vysokého počtu vyplácených příspěvků na péči v porovnání s původními odhady je skutečnost, že čerpání dávky není podmíněno poskytováním sociálních služeb od registrovaných poskytovatelů (MPSV, 2013d). Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR (MPSV, 2010) uvádí, že oprávněné osoby nebyli (profesionály, prostřednictvím informační kampaně) obeznámeni s tím, že vyplácené prostředky jsou určeny na zajištění služeb kompenzujících jejich nesoběstačnost. Mnoho lidí považují příspěvek pouze za další příjem navyšující jejich starobní důchod, na který mají nárok v důsledku svého věku či zdravotního stavu. Dochází i ke zneužívání této dávky – v mnoha případech je příspěvek na péči de facto využíván rodinnými příslušníky, kteří fyzicky nemohou pečovat o příjemce příspěvku – například z hlediska vzdáleného místa bydliště (Koncept dlouhodobé péče v ČR, 2011).

5.2.2 Služby sociální péče

Sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé (jejich databáze je přístupná na internetových stránkách <http://iregistr.mpsv.cz/socreg>), registraci je možné získat jen na základě splnění stanovených zákonných podmínek, což by mělo garantovat kvalitu služeb. Ta je dále zajišťována pomocí tzv. standardů kvality sociálních služeb, které svými kritérii určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby a povinnosti vůči klientům. Poskytovateli sociálních služeb mohou být subjekty zřizované obcí a krajem, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, nebo MPSV. Registrovaná zařízení čerpají státní dotace. Služby jsou jejich uživatelům poskytovány na základě smlouvy mezi uživatelem a poskytovatelem (Malíková, 2011). V praxi se lze setkat také s neregistrovanými zařízeními, jež obcházejí zákon. Před nelegálními ústavy sociální péče, jejichž kontrola objevila závažné nedostatky, varoval úřad ombudsmana (ČTK, 2014).

Druhy sociálních služeb a pro jejich poskytování zřizovaná zařízení legislativně upravuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. (Česko, 2006). Tyto služby si jejich uživatel může nakupovat na základě přiznaného příspěvku na péči, resp. si je u organizace poskytující sociální služby může objednat a za poskytnuté služby dle dohody zaplatit (některé služby jsou zdarma). Sociální služby zde dále diskutované se poskytují osobám za úhradu nákladů, přičemž maximální ceny za služby jsou stanoveny prováděcí vyhláškou k zákonu o sociálních službách.²⁵ Platí, že po úhradě ubytování a stravy při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích musí osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu, a při pobytu v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory a v domovech se

²⁵ Vyhláška 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v návaznosti na § 119 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

zvláštním režimem a při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče alespoň 15 % příjmu²⁶. Úhrada za sociální péči v zařízeních pobytových služeb je stanovena ve výši přiznaného příspěvku na péči²⁷ (v týdenních stacionářích maximálně ve výši 75 % příspěvku).

Podle paragrafu 38 zákona o sociálních službách (Česko, 2006) mají služby sociální péče napomáhat „osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí“. Mezi základní činnosti poskytované prostřednictvím sociálních služeb podle paragrafu 35 patří: a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování; e) pomoc při zajištění chodu domácnosti; f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; g) sociální poradenství; h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; i) sociálně terapeutické činnosti; j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; k) telefonická krizová pomoc; l) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění. Konkrétní činnosti náležící k jednotlivým sociálním službám jsou definovány citovaným zákonem.

Z hlediska zaměření předkládané práce je významným omezením, že dostupná data týkající se poskytování sociálních služeb bohužel neumožňují sledování jejich příjemců podle věku. Senioři, ačkoliv tvoří podstatnou část příjemců služeb sociální péče, jsou jen jednou z cílových skupin pro poskytování jejich služeb, výhradně (jmenovitě) pro ně jsou určeny pouze domovy pro seniory²⁸. Souhrnná kapacita pobytových služeb v roce 2012 činila téměř 80 tisíc lůžek pro celoroční, týdenní i denní pobyty; pro celoroční pobyty přitom bylo určeno 73,5 tisíc lůžek. Domovy pro seniory měli souhrnnou kapacitu 37,5 tisíc lůžek, což je zhruba téměř polovina všech pobytových sociálních služeb. Lze tedy oprávněně konstatovat, že sociální služby představují významnou pomoc při poskytování potřebné péče seniorům.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí, tedy ve vlastní domácnosti. Nejběžnější terénní sociální službou je *pečovatelská služba*. Tato služba je placená a je orientovaná na zajišťování stravování seniorů²⁹, udržování hygieny, úklid jejich domácnosti, nákup potravin a další osobní péči. Pečovatelské služby tedy podporují u osob se sníženou soběstačností samostatný život v domácnostech, a tím pomáhají oddalovat nutnost jejich umístění do ústavní péče. Zřizovateli pečovatelské služby jsou nejčastěji obce a v menším počtu nestátní neziskové organizace (Jarošová, 2006). Služba může být poskytována také jako ambulantní (tedy založená na principu docházení / doprovodu jedince do zařízení) v zařízení sociálních služeb. Ze zařízení pečovatelské služby jsou nejvíce

²⁶ Pokud seniorovi na pokrytí nákladů na pobyt nestačí penze, doplácí za něj obvykle rodina.

²⁷ Dále jsou v řadě domovů klientům nabízeny individuální fakultativní služby.

²⁸ Zákon hovoří také o poradnách pro seniory a sociálně aktivizačních službách pro seniory, tyto dvě služby však mají z pohledu dlouhodobé péče spíše marginální význam.

²⁹ Služba je určena také lidem se zdravotním postižením a případně i rodinám s dětmi.

využívána střediska osobní hygieny, prádelny a jídelny pro důchodce (Jarošová, 2007), jež bývají součástí zařízení tzv. domů s pečovatelskou službou. Ty jsou zvláštní kombinovanou formou péče, které umožňují starším občanům žít v přirozeném prostředí v pronájmu v bytech zvláštního určení a využívat pečovatelských služeb, jejichž poskytování je racionalizováno soustředěním příjemců v jednom místě. Dům s pečovatelskou službou není zařízením sociálních služeb podle současného zákona č. 108/2006 Sb., ale jedná se o byty ve vlastnictví obce, o nichž také sama obec rozhoduje. Přitom se předpokládá, že obyvatelům těchto bytů zvláštního určení bude poskytována pečovatelská služba na základě smlouvy uzavřené mezi konkrétním uživatelem a poskytovatelem sociální služby (MPSV, 2013a). Mezi roky 1970–2000 se kapacita těchto zařízení postupně zvyšovala ze 17 objektů s 329 bytovými jednotkami na 927 objektů s téměř 26 tisíci bytovými jednotkami (Vohráliková a Rabušic, 2004).

Pečovatelská služba má v ČR poměrně dlouhou tradici, v jejímž průběhu se výrazně zvýšil kvantitativní rozsah poskytované pomoci. V roce 1970 byla poskytována 1,7 % seniorů starších 70 let, zatímco v roce 2000 už to bylo 11,6 %. Celkový počet osob, jimž byla poskytnuta pečovatelská služba, se v období od roku 1970 do roku 2000 zvýšil z téměř 12 tisíc na 113,5 tisíce (Vohráliková a Rabušic, 2004), přičemž v porevoluční době se mezi roky 1990 a 2001 jejich počet zdvojnásobil (MPSV, 2004). Dále se tento počet již nezvyšoval, poslední dostupný údaj statistické ročenky MPSV ČR (2013f) udává 113 tisíc uživatelů služby. Naprostá většina klientů pečovatelské služby byla ve věku nad 18 let a ženy tvořily 70 % dospělých příjemců. Na základě analýzy příjemců příspěvku na péči MPSV (2013d) z příjemců PNP ke konci roku 2010 využívajících pečovatelskou službu bylo ve věku 66 let a více téměř 90 %.

Výsledky empirického šetření Život ve stáří (Kuchařová, 2002) došly ke zjištění, že mezi seniory žijícími v domácnostech (reprezentativní vzorek více než 1000 osob ve věku 60 a více let) jich využívalo pečovatelskou službu 11 %, nejčastěji využívanou službou byl přitom rozvoz obědů (9 % respondentů), následovaný nákupy potravin a praní prádla. Podíl dotázaných využívající alespoň jednu pečovatelskou službu postupně narůstal v jednotlivých věkových kohortách z 5 % u osob do 64 let postupně až na téměř čtvrtinu populace ve věku nad 75 let. Zpráva o rodině (MPSV, 2004) uvádí, že v roce 2002 využívalo pečovatelské služby 34 % seniorů starších 80 let.

V rámci osob s velkými zdravotními problémy služby užívalo celkem 20 % respondentů starších 60 let. Rozhodujícím faktorem majícím vliv na frekvenci využívání služby bylo především rodinné zázemí, typ domácnosti a její složení. Mezi osaměle žijícími uvedlo využívání pečovatelské služby 20 % seniorů, zatímco u osob žijících s partnerem to bylo pouze 6 % osob (Kuchařová, 2002). Výzkum poukazuje na skutečnost, že staří lidé často nevyužívají nabízených služeb proto, že je (přes částečnou subvenci státu) považují za drahé (VÚPSV, 2001; cit. v Kuchařová, 2002). Průměrná roční úhrada od 1 uživatele služby vzrostla z necelých 800 Kč v roce 1996 na 6164 Kč v roce 2012, přičemž výdaje na pečovatelskou službu celkem v tomto roce přesáhly 2,1 mil. Kč (MPSV, 2013e).

Další možností terénní služby pro osoby se sníženou soběstačností vyžadující pomoc jiné osoby a intenzivnější formou sociální služby v domácím prostředí je tzv. *osobní asistence*. Služba se poskytuje za úhradu a představuje čas, který klientovi asistentka/asistent věnuje (bez

časového omezení). Oproti tomu u pečovatelské služby je základní principem poskytování úkonů ve vymezeném čase (MPSV, 2013a). Osobní asistence je povinna zajistit základní činnosti definované zákonem – tj. pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění stravy a při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Pro porovnání s počtem uživatelů pečovatelské služby v roce 2012 služby osobní asistence využilo 6,5 tisíce osob, z toho čtvrtinu tvořily děti do 18 let a z dospělých bylo 65 % žen (MPSV, 2013f).

Odlehčovací služby jsou terénními, ambulantními nebo pobytovými službami určenými pro osoby, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Jejich cílem je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Tzv. respitní (odlehčovací, sdílená) péče poskytuje pomoc pečujícím rodinám také zvládnout péči za současného zachování účasti ve společnosti (MPSV, 2004). Tato služba je obvykle nabízena v rámci jiných druhů služeb, především centry denních služeb a denními či týdenními stacionáři. Odlehčovací služby v průběhu roku 2012 využilo přes 11 tisíc osob, z toho 90 % dospělých a v nich téměř 70 % žen (MPSV, 2013f). Z příjemců PNP ke konci roku 2010, kterým byla poskytována odlehčovací služba, tvořily osoby ve věku 66 let a starším 77 % (MPSV, 2013d).

Centra denních služeb a denní stacionáře jsou ambulantními službami. Centra denních služeb mohou osoby se sníženou soběstačností využívat v průběhu dne pravidelně i občasně, zatímco denní stacionáře jsou navštěvovány pravidelně a je v nich zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů (Sociální služby, 2008–2011). Počet uživatelů těchto služeb v roce 2012 byl u center denních služeb přes 6 tisíc osob (téměř naprostá většina dospělí a z nich 70 % žen) a u denních stacionářů přes 5 tisíc osob (zhruba 80 % dospělých a v nich 55 % žen). Ke konci roku 2012 byl celkový počet klientů roven přes 800 osob u center denních služeb a necelé 3 tisíce osob u denních stacionářů (MPSV, 2013f). Z pohledu příjemců příspěvku na péči na základě analýzy MPSV (2013d) jsou uživatelé služeb v centrech denních služeb a denních stacionářích nejčastěji ve věku 19–50 let.

V *týdenních stacionářích* se poskytuje i pobytová služba. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů, na víkendy obvykle jezdí senioři domů či do domácnosti blízké osoby. Ke konci roku 2012 byl počet uživatelů týdenních stacionářů přes 800 osob – 85 % dospělých a z nich 45 % žen (MPSV, 2013f). Z uživatelů služeb v týdenních stacionářích ke konci roku 2010, jež byli příjemci PNP, tvořili senioři ve věku 66+ jen jednu desetinu (MPSV, 2013d).

Alternativou k typům sociálních služeb uvedeným výše určeným především k podpoře setrvání klienta v domácím prostředí jsou služby sloužící k dlouhodobému pobytu klienta mimo domov. Zákon vymezuje v oblasti ústavních sociálních služeb domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, jež jsou určeny lidem se zvláštní zdravotní problematikou (z hlediska naší cílové skupiny lze jmenovat zejména různé typy demencí). Obyvateli *domovů pro osoby se zdravotním postižením* jsou i senioři, tvoří však relativně malý podíl osob institucionalizovaných v těchto zařízeních. Na základě analýzy příjemců příspěvku na péči (kdy předpokládáme, že naprostá většina obyvatel těchto zařízení příspěvek má priznaný) se osoby ve věku 66 let a vyšším na konci roku 2010 na celkovém počtu

příjemců PNP v domovech pro osoby se zdravotním postižením podílely jen z 12,5 %, většina uživatelů byla ve věku 19–50 let (MPSV, 2013d). Proto těmto zařízením není v rámci práce věnována větší pozornost.

Nejtypičtější sociální službou (respektive zařízením) určenou pro starší osoby jsou *domovy pro seniory* – dříve domovy důchodců. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, a nelze jim zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí. Klienti zde mají zajištěnu celoročně celodenní komplexní pečovatelskou, ošetrovatelskou a zdravotní péči (Jarošová, 2006). Domovy však nejsou určeny lidem v akutním stavu, kteří potřebují stálý lékařský dohled (Dlouhá, 2012). Pro klienty, kteří vyžadují náročnou ošetrovatelskou péči, mohou zařízení zařizovat ošetrovatelská lůžka, respektive celá ošetrovatelská oddělení, kde se stírají hranice mezi poskytováním sociálních a zdravotních služeb. Z hlediska věku a struktury diagnóz klientů se ošetrovatelská péče v domovech pro seniory velmi podobá péči na lůžkách ošetrovatelské následné péče ve zdravotnictví (Bruthansová, Červenková a Pechanová; cit. v Jeřábková, 2009).

V současné době funguje na území České republiky 480 domovů pro seniory, jejichž kapacita činí necelých 37,5 tisíc lůžek a je prakticky plně využita – z 97 % (ČSÚ, 2012). V roce 1956 bylo na území ČR evidováno 226 domovů důchodců s místy pro 17,5 tisíce osob. Do roku 1985 se poté kapacita těchto zařízení téměř zdvojnásobila, když v tomto roce sloužila již přes 33 tisícům klientů. V porevolučním období se počet zařízení i počet míst mírně snížil (přibližně o tisíc míst), ale pak se začal opět zvyšovat – v roce 2005 bylo evidováno 338 domovů důchodců pro více než 36 tisíc seniorů (Vohrálíková a Rabušic, 2004). Počet domovů pro seniory a jejich kapacita rostla až do roku 2007. V roce 2008 došlo k poklesu, ten však byl způsoben především přijetím zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) a změnou statistického zjišťování, kdy do roku 2007 bylo šetření prováděno za jednotlivá zařízení sociálních služeb dle převládajícího typu služby, zatímco nově se sledují údaje za každou registrovanou sociální službu poskytovanou ve smyslu zmíněného zákona (Jeřábková, 2009).

Poptávka po umístění do domovů pro seniory dlouhodobě převyšuje nabídku – v roce 2012 připadalo na jedno lůžko v průměru 1,6 čekatele. Nejvíce neuspokojených žádostí o umístění do tohoto typu zařízení bylo evidováno v Jihomoravském kraji – téměř 10 tisíc (MPSV, 2012b). Důležitou otázkou však je, kolik z těchto žádostí je skutečně urgentních. Zatímco na počátku 90. let domovů důchodců byl častým důvodem nástupu do domova ekonomická nesoběstačnost, dnes dominují důvody zdravotní. Kasalová (1991; cit. v Vohrálíková, Rabušic) zjistila, že špatný zdravotní stav tvořil 30 % případů odchodu do domova a často se pojil s důvodem „rodina už nestačí zajistit péči“. 20 % žádostí bylo podáno z důvodu osamělosti a druhým nejčastějším důvodem pak byly ve 22 % obavy z budoucnosti. Proto Kasalová upozorňuje, že staří lidé často žádají o umístění do domova důchodců z preventivních důvodů – tj. jen proto, aby měli pocit jistoty, že v případě zhoršení zdravotního stavu nezůstanou bez pomoci. Dle jejího výzkumu byla potřeba nástupu do domova urgentní jen ve čtvrtině případů žádostí. Prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Jiří Horecký (cit. v Dlouhá, 2012) uvádí, že některé žádosti jsou také duplicitní (lidé si je podávají do více domovů), potvrzuje však, že na mnoha místech ČR poptávka převyšuje nabídku. Jako důvod tohoto stavu uvádí ne zcela

dostatečnou a dostupnou sítí terénních služeb a skutečnost, že v domovech je část klientů, kteří jsou zcela nebo převážně soběstační³⁰. Průměrná čekací doba je dvouletá a nejdůležitějšími faktory jsou: zdravotní stav (na základě vyjádření lékaře), výše příspěvku na péči (čím vyšší, tím lepší), zda je zařízení v místě trvalého bydliště a konkrétní situace seniora (Dlouhá, 2012).

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou službou s celoročním provozem s obdobnou nabídkou jako domovy pro osoby se zdravotním postižením či seniory. Jejich služby jsou však uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením. (Sociální služby, 2008–2011). Podle Diskuzního materiálu k východiskům dlouhodobé péče v ČR (MPSV, 2010) bylo definování domovů se zvláštním režimem krok správným směrem, jen málo zařízení si ale ve skutečnosti takto vymezuje svou cílovou skupinu. Od roku 2007 však počet zařízení poskytujících tuto službu poměrně významně narostl – ze 75 zařízení s kapacitou 3,8 tisíce lůžek na 210 zařízení s 10,7 tisíci lůžek, jejichž využití je, stejně jako v případě domovů pro seniory (DPS), téměř stoprocentní (96 %). Stejně jako u DPS také poptávka po této službě vysoce převyšuje její kapacity – v roce 2012 připadalo 1,4 neuspokojených žádostí o službu na jedno lůžko (MPSV, 2013f).

Téměř tři čtvrtiny domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (DZR) v roce 2012 zřizovaly kraje nebo obce, 13 % jich bylo církevních a zbytek připadal na ostatní zřizovatele. Nízký podíl nestátních zařízení je pochopitelný, neboť podnikání v sociální oblasti je u nás ztrátové a pro investory nepřitažlivé (Jeřábková, 2009).

Na základě dat vyžádaných od MPSV (2013) tvořili v roce 2011 senioři ve věku 66 let a vyšším 94 % (DPS) a 78 % (DZR) obyvatel těchto zařízení. Průměrný věk institucionalizovaných osob mezi roky 2007 a 2012 vzrostl ze 75,8 let na 79,4 let u DPS a ze 70,4 na 74,0 let u DZR.

74 % z celkového počtu klientů domovů pro seniory a 69 % domovů se zvláštním režimem ke konci roku 2012 tvořily ženy. 24 % klientů DPS a 23 % klientů DZR bylo trvale upoutaných na lůžko a 49 % (DPS) a 33 % (DZR) mobilních za pomoci druhé osoby. Více než čtvrtina lůžek v DZR a téměř polovina v DZR připadala na ošetrovatelská oddělení (MPSV, 2013f). Na druhou stranu 15 % všech klientů DPS a 7 % DZR představovali osoby bez přiznaného příspěvku na péči. V souvislosti s rostoucí prevalencí demence mají zvláštní význam také místa (lůžka) určená osobám s tímto onemocněním. V DPS tvořilo počet těchto míst v roce 2012 zhruba tisíc lůžek, v DZR se počet lůžek s tímto určením od roku 2009 zvyšoval na současných (2012) téměř 4,5 tisíce (data vyžádaná od MPSV, 2013). Z analýz České alzheimerovské společnosti však vychází, že demencí trpí 95 % obyvatel v domovech se zvláštním režimem a 65 % v domovech pro seniory (Alföldi Šperkerová, 2014b). Před nedostatkem míst / bydlení pro lidi s duševní a kognitivní poruchou varuje Holmerová aj. (2013).

³⁰ V domovech pro seniory jsou z „historických“ důvodů – dříve systém financování sociálních služeb motivoval vedení domovů k přijímání soběstačnějších klientů (Dlouhá, 2012). Soběstační senioři se obyvateli domovů pro seniory stávají ale i dnes – z důvodů tíživé sociální situace, bytové krize v rodině, nebo očekávání zhoršení zdravotního stavu.

Podle Pavlovičové (2001; cit. v Mátl, Jabůrková, 2007) je kvalita bydlení, intimita a pohoda předurčována mimo jiné počtem lůžek na pokojích. Na nedostatek soukromí a vlastního prostoru v rámci rezidenčních služeb upozorňuje Holmerová aj. (2013). V roce 1998 žilo v domovech důchodců více než 40 % klientů na vícelůžkových pokojích (v průměru 4–5 na pokoji) a pouze 11 % obyvatel mělo možnost žít v pokojích jednolůžkových³¹. V roce 2012 byla kapacita domovů pro seniory z hlediska počtu lůžek na pokojích následující – 50 % pokojů bylo jednolůžkových, 42 % tvořily pokoje dvoulůžkové a 8 % zbývalo na tří- a vícelůžkové. V domovech se zvláštním režimem jednolůžkové pokoje tvořily jen 21 % všech pokojů, dvě třetiny pokojů představovaly pokoje dvoulůžkové a 19 % připadalo na tří- a vícelůžkové (MPSV, 2013f).

Po roce 1989 došlo k rozšíření nabídky residenčních služeb, ale před rokem 1989 byl ústav vnímán jako „očistec na zemi“ (Janoušek, 2001; cit. v Mátl a Jabůrková, 2007). Právě pobytový typ služeb pro seniory je podle Smekalové a kol. (2004; cit. v Mátl a Jabůrková) nejméně kvalitní. Tato zařízení neplní základní požadavky na kvalitu pravděpodobně z důvodu výrazné orientace standardů kvality na individuální přístup, což je vzhledem k hromadnému režimu uplatňovanému v pobytových zařízeních obtížně dosažitelné. V mnoha zařízeních pro staré lidi dochází k porušování jejich základních lidských práv, především práva na soukromí a důstojnost, i když dochází ke zlepšování situace (Kulatý stůl, 2006; cit. v Mátl a Jabůrková, 2007). Také z hlediska kvality bydlení a technologických inovací došlo k pozitivním změnám (Štegmanová, 2006; cit. v Mátl a Jabůrková, 2007). Holmerová aj. (2013) však upozorňuje na skutečnost, že zařízení jsou často na odlehlých místech, což může vést k vyčlenění, vykořenění až izolovanosti institucionalizované populace.

Domovy pro seniory by měly jejich obyvatelům zajišťovat komplexní péči – jak péči sociální, tak i péči zdravotní. Povinnost zajistit poskytování zdravotní péče mají podle zákona o sociálních službách (Česko, 2006) všechna pobytová zařízení sociálních služeb. Mnohá zařízení by si z hlediska skladby jejich klientů (s ohledem na jejich zdravotní stav) „zasloužila“ statut zdravotnického zařízení, většina je ale zaregistrována pouze jako poskytovatel sociálních služeb a povinnost zajistit zdravotní péči splňují smluvně s praktickými a vybranými odbornými lékaři (příp. i dalšími odborníky – např. logopedi, psychologové). Zařízení mají většinou smlouvu s jedním praktickým lékařem³², který do domovů dochází zpravidla přibližně jednou týdně, k odborným lékařům je zabezpečen odvoz, případně i doprovod. Ošetřovatelskou a rehabilitační zdravotní péči klientům poskytují nelékařští zdravotní pracovníci (všeobecné sestry a fyzioterapeuti), všechny činnosti vykonávají na základě indikace ošetřujícího lékaře. Jedná se o omezený počet úkonů určený seznamem výkonů odbornosti všeobecné sestry v sociálních službách. Sestry jsou nositelkami výkonů, ale nevykonávají v sociálním zařízení jen odbornou práci odpovídající jejich kvalifikaci, podílejí se také na základní ošetřovatelské péči a na přímé obslužné péči o klienty (Malíková, 2011). Personální zajištění zdravotní péče

³¹ Kvalitnější, avšak hůře dostupné bydlení nabízely domovy – penziony pro seniory, kde jednolůžkové pokoje tvořily v roce 1997 56 % celkové kapacity (Kopecká, 2002; cit. v Vohráliková a Rabušic, 2004).

³² Zařízení mají často problém praktického lékaře sphenat, zejména z toho důvodu, že pacienti těchto zařízení jsou poměrně nákladnější oproti jiným pacientům, a spotřebovávají tak velkou část jejich „rozpočtů“ (praktičtí lékaři jsou limitováni z hlediska objemu předepsané péče).

v pobytových sociálních službách však není adekvátní potřebám³³. Ve spoustě zařízení domovů pro seniory / domovů se zvláštním režimem je k dispozici zdravotní sestra jen ve všední dny v pracovní době. Existují dokonce i domovy, kde zdravotní sestru nemají vůbec a péče je poskytována převážně pracovníky v sociálních službách. Za závažnou lze z hlediska struktury uživatelů těchto zařízení považovat zejména informaci, že 25–30 % seniorů v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem nebylo v posledním roce vyšetřeno praktickým lékařem a 10 % z nich neviděl dokonce žádný lékař (Matějková, 2013). Proto se v zařízeních sociálních služeb můžeme setkat s nediagnostikovanými, nedoléčenými a neošetřovanými stavy (Holmerová, cit. v Alföldi Šperkerová, 2014a). Tři čtvrtiny klientů zde podle průzkumu trpí bolestmi, na analgetika jim nezbyvají dostatečné finanční prostředky (Alföldi Šperkerová, 2014a). Klienti zařízení sociálních služeb tedy v porovnání s klienty ve zdravotnických zařízeních nemají rovný přístup ke zdravotní péči.

Zákon o sociálních službách (Česko, 2006) nově definoval také tzv. *pobyt ve zdravotnickém zařízení ústavní péče ze sociálních důvodů*. Pobytové sociální služby se zde poskytují „osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb“. Toto opatření, které by teoreticky mohlo být využíváno pro zařízení s velmi dlouhým pobytem zdravotně sociálního charakteru (léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické léčebny), není ale reálně tolik využíváno z důvodu nejasností a zejména nesmírné administrativní náročnosti³⁴ a ztrátovosti tohoto institutu. (MPSV, 2010). Přeci jen však v posledních letech počet zdravotnických zařízení poskytující sociálně pobytové služby roste, na konci roku 2012 měly na tuto péči dohromady vyčleněno skoro 1800 lůžek, které v průběhu roku 2012 sloužily pro téměř 4600 klientů (ÚZIS, 2013a).

Z dalších služeb, které jsou vymezeny v zákoně o sociálních službách (Česko, 2006) dále mohou senioři využívat především *tísňovou péči*, která poskytuje nepřetržitou telefonickou nebo jinou elektronickou komunikaci lidem vystaveným vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života, za jejíž pomoci je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu (Sociální služby, 2008–2011). „Nouzové tlačítko“ je nejjednodušším zařízením, jímž by měla disponovat každá pečovatelská služba a domácí ošetřovatelská péče. Nouzové tísňové volání má prokazatelný vliv na pocit bezpečnosti seniora v domácím prostředí. Jeho iniciátorem v Praze je občanské sdružení Život 90, tato služba má v současnosti pobočky po celé republice. Senior má 24 hodin možnost oznámit stisknutím tlačítka ohrožení, anebo je přímo monitorován jeho pohyb (Holmerová aj., 2013).

³³ Zařízení sociálních služeb nemusí splňovat personální požadavky pro „lůžkovou dlouhodobou péči“ (Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb).

³⁴ Bariéry existují především v možnosti získání dotací na sociální lůžka v porovnání se systémem úhrad zdravotní péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven (Horecký a Merhautová, 2012).

5.3 Podpora neformálních pečovatелů

Vedle finanční podpory ve formě příspěvku na péči, který je však určen závislé osobě a jehož zavedení původně cílilo spíše na rozvoj služeb DP, existuje v ČR několik dalších nástrojů podpory neformálních pečovatелů. Mezi ně patří zahrnutí pečujících mezi státní pojištěnce, za něž zdravotní pojištění hradí stát, nebo uznání období péče jako náhradní doby pro výpočet důchodu (při péči o člověka s II. a vyšším stupněm závislosti). Na základě § 241 zákoníku práce má zaměstnanec pečující o osobu s II. a vyšším stupněm závislosti také nárok na kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby. Zaměstnanec ošetřující nemocného člena domácnosti má rovněž nárok na dávku nemocenského pojištění, maximálně však po dobu devíti kalendářních dní (pouze u osamělých zaměstnanců se maximum prodlužuje na 16 kalendářních dní).

Podpora pečovatелů je však v ČR podle Michalíka (2010, cit. v MPSV, 2013c) spíše nízká. Upozorňuje zejména na nedostatečnou nabídku služeb respitní péče, nevyhovující bytové podmínky z hlediska poskytování domácí péče a riziko chudoby pro pečující rodiny v situaci, kdy je péče natolik náročná, že se pečující osoba musí vzdát svého zaměstnání. Vzhledem k tomu, že pečovateli jsou často osoby (především ženy) ve věkové skupině nad 50 let, vyžadují zvýšenou ochranu na trhu práce. Jednak jsou tyto osoby ohroženy rizikem potíží s nalezením zaměstnání po ukončení péče, a jednak se doba péče snížením příjmů před nástupem do starobního důchodu negativně promítá do jeho výše. Dle studie Evropského centra pro sociální politiku a výzkum (Gasior aj., 2012) navíc osoby s nižším vzděláním (jakožto významným prediktorem socio-ekonomické úrovně) poskytují více hodin péče – tento socioekonomický gradient péče byl nejvýraznější právě v České republice.

Osobě se zdravotním postižením je poskytována jednorázová dávka – příspěvek na zvláštní pomůcku. Je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením. V situaci mírnějších forem nesoběstačnosti spojených se stárnutím však žádná speciální forma podpory pro seniory se specifickými problémy neexistuje (Holmerová, 2013).

5.4 Odhad příjemců dlouhodobé péče

Cílem této podkapitoly je odhadnout počet a podíl příjemců dlouhodobé péče v České republice v seniorském věku a přehledně shrnout poznatky o rozmístění příjemců péče dle zařízení, ve kterých jim je péče poskytována. Pokud bychom vycházeli z předpokladu, že (potenciálními) příjemci péče je ta část populace se závažným omezením ve vykonávání denních aktivit na základě šetření SHARE (tedy 22 % populace starší 65 let), dostaneme se k počtu přes 350 tisíc osob. OECD považuje za příjemce dlouhodobé péče v ČR všechny příjemce příspěvku na péči, což je ve věkové skupině 65+ více než 200 tisíc osob.

Počet příjemců péče dle tabulky 2 je nutné brát jako velmi hrubý odhad, neboť kromě zásadní skutečnosti, že dlouhodobá péče není v ČR dostatečně vymezena, narážíme při analýze

dostupných dat hned na několik omezení vyplývajících z jejich charakteru. Např. příjemci péče v daném roce se mohou vyskytovat ve více skupinách současně, a mezi hospitalizovanými osobami se pravděpodobně vyskytuje určité procento osob, jež byli během roku hospitalizováni více než jednou. Přesto, že jsou v tabulce ponechány hodnoty s přesností na jednotky, není vhodné údaje s touto přesností interpretovat.

Dle charakteristiky dlouhodobé péče v zákoně o zdravotních službách (Česko, 2011) se tomuto jejímu vymezení (viz výše) nejvíce blíže péče na ošetrovatelských lůžkách (OL). Proto hospitalizovaní na těchto lůžkách byli jako příjemci péče označeni všichni, celkem na nich v průběhu roku 2012 bylo hospitalizováno 2,2 % seniorské populace. Přibližně 80% zastoupení 65 a více letých ve struktuře hospitalizovaných na OL bylo zjištěno na základě publikace ÚZISu Hospitalizovaní v nemocnicích ČR (2013c). V nemocnicích existují také lůžka dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, jejichž počet se v posledních letech zvyšuje, péče na těchto lůžkách, ač je svým časovým průběhem dlouhodobá, je ale převážně zdravotního charakteru s minimální sociální komponentou.

Jako nejtypičtější zdravotnické zařízení poskytující dlouhodobou péči jsou obecně vnímány léčebny dlouhodobě nemocných, OECD (2013) do kapacity lůžek dlouhodobé péče v ČR pro mezinárodní srovnání započítává všechna lůžka v LDN. Navzdory jejich názvu však poskytují především péči následnou. Na základě analýzy dostupných zdrojů se podíl příjemců DP v LDN pohybuje mezi 25 % (Horecký, 2012) přes 33 % (Koncept dlouhodobé péče v ČR, 2011) až k 50 % (Vepřek, 2011). Ve vyšších věcích se lze pravděpodobně přiklonit spíše k vyšší hodnotě. 65 letí a starší jsou mezi hospitalizovanými v LDN zastoupeni přibližně z 80 % (MPSV, 2011a). Dle této analýzy MPSV bylo v roce 2009 v LDN hospitalizováno 411 osob nad 65 let dokonce déle než 1 rok (tvořily 84 % případů těchto více než ročních hospitalizací celkem). Recentnější data bohužel nemáme k dispozici. Celkový podíl příjemců DP hospitalizovaných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné byl odhadnut na 0,5–1,0 % seniorů v ČR. Mezi příjemce DP by mohli být zařazeni také pacienti dalších odborných léčebných ústavů mimo LDN, především psychiatrických léčeben. Z hlediska dlouhodobé péče je relevantní polemizovat především o zahrnutí hospitalizovaných na gerontopsychiatrických odděleních. Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR (MPSV, 2010) uvádí, že z šetření Ministerstva zdravotnictví na gerontopsychiatrických odděleních vyplynulo, že někteří pacienti zde pobývají dlouhodobě, v extrémních případech i více než 5 let. Tato oddělení jsou však kromě psychiatrických léčeben i v rámci LDN a nemocnic. Počet hospitalizovaných na gerontopsychiatrii v rámci psychiatrických léčeben se nám z dostupných dat nepodařilo zjistit, proto nebyly psychiatrické léčebny zahrnuty – jejich pacienti jsou totiž relativně mladší - v roce 2009 (MPSV, 2011) byla pouze pětina hospitalizovaných starší 64 let.

Co se týče demencí jakožto významného onemocnění z hlediska DP (viz podkapitola Zdravotní stav seniorů), celkový počet hospitalizací pro demence v ČR mezi lety 2005–2012 vzrostl z 6,5 tisíc na necelých 8,7 tisíc, tedy přibližně o třetinu. V roce 2012 z celkového počtu hospitalizací připadalo 44 % na diagnózu Alzheimerovy nemoci, jejíž zastoupení ve struktuře hospitalizací ve vymezeném období narostlo nejvíce. Ta si také vyžádala nejdelší průměrnou ošetrovací dobu – 90 dnů. Častěji jsou pro demence hospitalizovány ženy, v celém období

tvořily přibližně dvě třetiny případů. Ve věku nad 80 let jich bylo hospitalizováno dokonce 2,4 krát více než mužů, tato skutečnost je ale dána především jejich zastoupením v této věkové skupině v celé populaci. Počty hospitalizací rostou spolu s věkem, věková skupina 65–79 představuje zhruba 40 % pacientů a skupina nad 80 let více než polovinu (v závislosti na diagnóze po vyloučení Alzheimerovy nemoci s časným začátkem, jež začíná ve středním věku). V posledních letech (2008–2012) připadalo 40 % hospitalizací na psychiatrické léčebny, více než 40 % se jich odehrálo v nemocnici a nad 13 % bylo uskutečněno v LDN (ÚZIS, 2010–2013). Na poskytování dlouhodobé péče lidem s demencí se zaměřují domovy se zvláštním režimem, ale demence byla zjištěná rovněž u více než poloviny obyvatel domovů pro seniory (viz výše).

Mezi uživatele DP ve zdravotnických zařízeních byli dále zahrnuti všichni hospitalizovaní na sociálních lůžkách ve zdravotnictví. Počet lůžek vyčleněných pro sociální pobytové služby není oproti původním záměrům vysoký, v posledních letech však poměrně narostl. Celkový odhad počtu osob v lůžkových zdravotnických zařízeních v rámci DP tak činí přibližně 50–60 tisíc osob, tj. zhruba 3 % populace ČR ve věku 65 let a více.

Na rozdíl od ostatních příjemců péče ve zdravotnické sféře mohou hospitalizovaní v hospicích a příjemci domácí zdravotní péče pobírat příspěvek na péči, a proto z hlediska možné duplicity nebyli započítáni do celkového počtu příjemců dlouhodobé péče. Podíl seniorů hospitalizovaných v hospicích se na základě analýzy MPSV (2011a) a dat ročenky VZP ČR (2013) pohybuje mezi 75–80 %. Příjemcem hospicové péči tedy v roce 2012 bylo zhruba 0,2 % seniorů. OECD opět zahrnuje všechna hospicová lůžka mezi kapacitu DP v ČR. Co se týče domácí zdravotní péče (DZP), Vepřek (2011) odhaduje, že pouze 5 % jejích uživatelů (všech, bez ohledu na věk a diagnózu) je příjemcem DP. Analýza MPSV (2011b) však za příjemce dlouhodobé péče považovala všechny osoby, které domácí zdravotní péči čerpali déle než tři měsíce, což pro 2. pol. roku 2009 až 1. pol. roku 2010 představovalo dvě pětiny všech pacientů DZP. Z důvodu chronického onemocnění bylo v průběhu roku 2012 příjemcem domácí zdravotní péče přibližně 6 % seniorské populace.

Příjemce DP ve sféře sociální jsme identifikovali na základě pobírání příspěvku na péči. Není pochyb o tom, že příjemci této dávky ve 3. a 4. stupni závislosti (tedy těžká a úplná závislost) DP potřebují. U nižších stupňů závislosti se zdroje rozcházejí. Zatímco Horecký (2012) i Vepřek (2011) považují v rámci prvního a druhého stupně závislosti za příjemce DP pouze 25 % osob ve druhém stupni závislosti, materiál Koncept dlouhodobé péče v ČR (2011) jako příjemce identifikoval ve druhém stupni závislosti až 75 % osob a dalších 50 % v prvním stupni. Podíl příjemců DP ze sektoru sociálních služeb tak tvoří přibližně dalších 5–9 % seniorské populace. V pobytových službách sociální péče je institucionalizována téměř 3 % populace ve věku 65 let a vyšším (2,2 % v domovech pro seniory a necelých 0,5 % v domovech se zvláštním režimem). Celkový odhad podílu příjemců DP v rámci obou segmentů péče se pohybuje mezi 8–13 % seniorské populace.

Tab. 2: Odhad počtu a podílu příjemců dlouhodobé péče ve věku nad 65 let, Česko, 2012

Zařízení		Počet hospitalizovaných / příjemců	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Podíl / odhad podílu příjemců péče ve věku 65+	Odhad podílu příjemců dlouhodobé péče	Odhad počtu příjemců dlouhodobé péče ve věku 65+	Odhad podílu příjemců dlouhodobé péče v populaci 65+
Sféra zdravotní péče	Ošetrovatelská lůžka v nem. akutní péče	32 108	41,4	80%	100%	25 686	1,5%
	Ošetrovatelská lůžka v nem. následné péče	13 116	60,1	80%	100%	10 493	0,6%
	LDN	42 203	54,7	80%	25%–50%	8 441–16 881	0,5%–1,0%
	Sociální lůžka ve zdrav. zařízeních	4 585	n.a.	100%	100%	4 585	0,3%
	Hospice*	4 050	32,1	75%	n.a.	3 038	0,2%
	Agentury domácí zdravotní péče**	125 274	n.a.	82%	n.a.	102 864	6,2%
	Celkem	92 012				49 205–57 645	2,9–3,5%
Sféra sociální péče	Uživatelé PNP 65+***						
	1. stupeň	110 300	n.a.	71%	0–50%	0–38 950	0,0%–2,3%
	2. stupeň	100 100	n.a.	70%	25–75%	17 425–52 275	1,0%–3,1%
	3. stupeň	63 200	n.a.	66%	100%	41 800	2,5%
	4. stupeň	39 100	n.a.	61%	100%	23 700	1,4%
	Celkem	312 700		68%	n.a.	82 925–156 725	5,0%–9,4%
Celkový odhad příjemců dlouhodobé péče:						132 130–214 370	7,9%–12,8%

Pozn.:

*hospitalizovaní v hospici jsou příjemci PNP, a tudíž nejsou započtení do souhrnu příjemců DP

**uživatelé využívající domácí péči z důvodu chronického onemocnění (mohou pobírat PNP, proto nezahrnuti do celkového počtu příjemců DP)

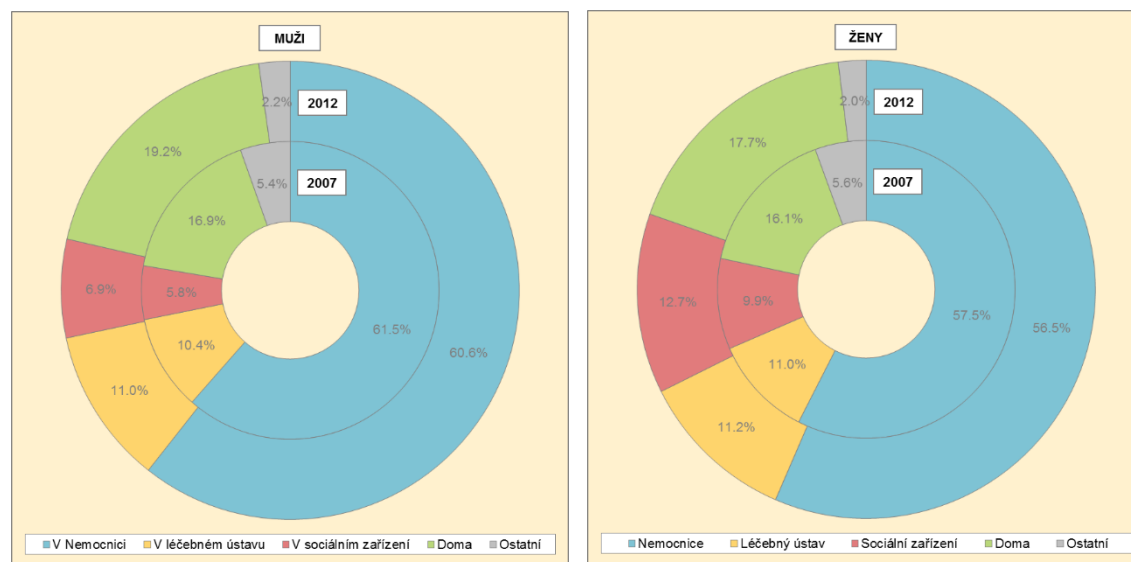
***průměrný počet dávek vyplacených za měsíc

Zdroj: Horecký, 2012; Koncept dlouhodobé péče v ČR, 2011; MPSV, 2011a a 2013d; ÚZIS, 2001–2013, 2013a a 2013c; Vepřek, 2011; VZP ČR, 2013

5.4 Místo úmrtí

Průzkum agentury STEM/MARK (2011) provedený na reprezentativním vzorku laické veřejnosti (n=1095) a vzorku odborné veřejnosti (n=1006) prokázal, že i v českém prostředí si většina lidí přeje zemřít v domácím prostředí – jako nejpříjemnější ho uvedlo 78 % laické populace a 88 % zdravotníků. Přitom podle více než tří čtvrtin zdravotníků je postarat se dobře o umírajícího doma možné. Názory populace i lékařů a sester na místo, kde by lidé umírat nechtěli, se také víceméně shodují. Obě skupiny uvedly na prvním místě léčebnu dlouhodobě nemocných (69 % běžné populace, 76 % zdravotníků vyjadřujících se ke svým pacientům). Druhým nejméně populárním místem se stala nemocnice (45 % populace a 59 % zdravotníci) a třetím sociální zařízení (35 % laická veřejnost, 18 % odborná veřejnost). Rozpor se objevuje jen v případě otázky možného umírání v hospicích, které se u laické veřejnosti v „neoblíbenosti“ (42 %) vyskytují hned za LDN a nemocnicí, zatímco z pohledu zdravotníků ho jako nežádoucí místo pro strávení posledních dnů života uvedlo jen 6 % lékařů a sester. Tato disproporce je pravděpodobně z velké míry způsobena neznalostí těchto zařízení v populaci (STEM/MARK, 2011).

Obr. 16: Zemřelí ve věku 80 a více let podle místa úmrtí, Česko, muži a ženy, 2007 a 2012



Pozn.: Kategorie ostatní zahrnuje místo úmrtí: na ulici či veřejném místě, při převozu a ostatní

Zdroj: ČSÚ, 2008 a 2013

Přitom na základě statistického zjišťování místa úmrtí (od roku 2007) v domácím prostředí zemřelo v roce 2012 jen 21 % ze všech zemřelých. Sláma (2013) přitom dodává, že většinu úmrtí v domácím prostředí tvoří náhlá úmrtí před příjezdem služby rychlé lékařské pomoci, a jen 5–10 % úmrtí je očekávaných.

Rozložení zemřelých nad 80 let dle místa úmrtí v roce 2007 a 2012, kteří tvořili 44 (resp. 40) % všech zemřelých v roce 2012 (resp. 2007), vidíme na obr. 16. Nejvíce – dvě třetiny starších seniorů umírá v nemocnici, více než každý desátý potom v léčebném ústavu (LDN). Podíl úmrtí ve zdravotnických zařízeních (nemocnice + léčebné ústavy) společně se sociálními

zařízeními představuje dohromady přibližně 80 % úmrtí v institucionalizovaném prostředí (u žen o 2 procentní body více než u mužů – 80,3 vs. 78,6 % v roce 2012). V domácím prostředí nastává u osob nad 80 let úmrtí pouze u 17 % mužů a 16 % žen. V závislosti na pohlaví zemřelého relativně více žen než mužů umírá v sociálním zařízení (12,7 % žen oproti 6,9 % mužů ve věkové skupině 80+ v roce 2012), naopak muži častěji než ženy umírají v nemocničním prostředí. V mezidobí 2007–2012 se distribuce starších seniorů podle místa úmrtí příliš nezměnila, u kategorie „doma“ došlo k nárůstu o přibližně dva procentní body, a o necelé tři procentní body se zvýšil podíl žen zemřelých v sociálním zařízení. (ČSÚ 2008 a 2013).

Dle dat MPSV ve Zdravotnické ročence ČR (ÚZIS, 2013b) v domovech pro seniory v roce 2012 zemřelo 9457 osob, tedy přibližně čtvrtina osob evidovaných na počátku roku. V domovech se zvláštním režimem zemřelo 2790 osob, což představuje téměř třetinu uživatelů. ČSÚ (2013) udává jako celkový počet osob zemřelých v sociálním zařízení „pouze“ 6900. Nesoulad mezi údaji je způsoben skutečností, že statistika MPSV vypovídá o ukončení pobytu a využívání služby z důvodu úmrtí, nikoliv o faktickém místě úmrtí.

Analýza provedená na základě sledování zemřelých účastníků šetření SHARE mezi jednotlivými vlnami (Künn-Nelen a Jürges, 2013), u kterých je známá informace o místě úmrtí, ukázala značné mezinárodní rozdíly. Napříč zeměmi zemřelo 34 % osob doma, 49 % v nemocnici a 10 % v ošetrovatelském domově / domově pro seniory. Podíl osob zemřelých v domácím prostředí je nejvyšší v jihoevropských zemích. Doma se odehrála polovina úmrtí v Itálii, v Polsku to bylo přes 40 % a ve Španělsku téměř 40 %. Naopak v severských zemích bylo (kromě ČR s 20% podílem odpovídajícím oficiálním údajům) zastoupení domácích úmrtí nejnižší – Dánsko 24 %, Švédsko 21 %. V zemích západní Evropy (Německo, Nizozemsko, Švýcarsko, Belgie) se tento podíl pohyboval mezi těmito zeměmi (30–35 %).

5.4 Problémy spojené s poskytováním dlouhodobé péče

Nejednotná koncepce dlouhodobé sociálně-zdravotní péče o seniory a nepropojenost segmentů zdravotní a sociální péče způsobuje situaci, kdy o pacienta s totožnými potřebami může být pečováno několika způsoby s odlišným systémem financování – na zajištění služeb se odlišnou měrou podílí různé státní zdroje a liší se i finanční spoluúčast jejich uživatelů (tab. 3). Dlouhodobá péče je poskytovaná ve zdravotnických zařízeních (tj. především ošetrovatelská péče), není však jasně vymezena a odlišena od péče zdravotní doléčovacího a rehabilitačního typu (což odpovídá péči následné). V případě, kdy je pacient klientem zdravotnického zařízení poskytujícího ústavní služby, neplatí za stravu a ubytování (regulační poplatek 100 Kč byl zrušen k 31. 12. 2013) a není mu ani vyplácen příspěvek na péči – péče je tedy plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Od roku 2007 zákon o sociálních službách (Česko, 2006) umožnil ve zdravotnických zařízeních poskytovat sociální služby skrze tzv. „další pobyt na lůžku zdravotnického zařízení ze sociálních důvodů“ (tzv. sociální lůžka). Záměrem této právní úpravy bylo umožnit zdravotnickým zařízením poskytovat sociálně-zdravotní péči nesoběstačným pacientům již

nevyžadujícím lůžkovou péči po dobu, než je jim zajištěna pomoc sociálních služeb nebo neformální péče, aniž by tato péče byla hrazena jen z veřejného zdravotního pojištění. Pro zdravotnické zařízení registrované jako poskytovatel sociálních služeb platí financování jako v pobytových zařízeních sociálních služeb. V těchto zařízeních stravu a ubytování hradí klient ze svého starobního důchodu, podle prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách (Česko, 2006) maximální výše úhrady nesmí přesahovat 360 Kč na den. Sociální péče je pokrytá především skrze PNP a zdravotní ošetrovatelská péče je hrazena výkonově z veřejného zdravotního pojištění.

Tab. 3: Současné možnosti poskytování dlouhodobé péče z hlediska její organizace a financování

Služby	Lůžkové zdravotnické zařízení	Lůžkové zdravotnické zařízení: zdravotně-sociální lůžka	Pobytové zařízení sociálních služeb	Domácí prostředí
<i>Zdravotní</i>	veřejné zdravotní pojištění (úhrada tzv. ošetrovacích dnů)	veřejné zdravotní pojištění (výkonově, tzv. zvláštní ambulantní péče)	veřejné zdravotní pojištění (úhrada za výkony všeobecné sestry v sociálních službách)	veřejné zdravotní pojištění (úhrada za výkony sestry domácí zdravotní péče)
<i>Sociální</i>		příspěvek na péči	příspěvek na péči	příspěvek na péči / přímá úhrada (max. ceny stanoveny vyhláškou)
<i>Ubytování a stravování</i>		max. 360 Kč / den	max. 360 Kč / den	n.a.

Ohledně úhrad panují mezi zástupci zdravotního a sociálního segmentu spory, v obou resortech panuje pocit, že „jeden doplácí na druhého“. V důsledku nedostatečné kapacity zařízení poskytujících pobytové sociální služby a „finanční výhodnosti“ hospitalizace pro pacienta bývá ve zdravotnických zařízeních poskytována péče po neúměrně dlouhou dobu (především z pohledu jejího plátce, tedy zdravotních pojišťoven), přičemž využívání tzv. sociálních lůžek z důvodu problémů s tímto statutem spojených není dostatečné (viz výše). Diskuzní materiál k dlouhodobé péči (MPSV, 2010) hovoří o tom, že zdravotní pojišťovny se dlouhodobým hospitalizacím snažili bránit tím, že některým zařízením tzv. následné péče smluvně limitovali dobu úhrady na tři měsíce, což vedlo k překládání pacientů vyžadujících dlouhodobou péči z jednoho zařízení do druhého (na akutní oddělení a zpět), „umělému přerušování“ hospitalizace apod. Pojišťovny se však proti tomuto ohradily a tzv. sociální hospitalizace se snaží důsledně regulovat revizemi zdravotní indikace delších pobytů na lůžku. Fenomén tzv. skrytých sociálních hospitalizací odčerpává v České republice ze systému veřejného zdravotního pojištění částku cca 3 (MPSV, 2010) až 3,5 (Alföldi Šperkerová, 2014a) miliardy Kč ročně. Obavy z nárůstu obloženosti lůžek LDN ze sociálních důvodů se v poslední době objevily v souvislosti se zrušením poplatku za pobyt v nemocnici. V souvislosti s potřebnými legislativními změnami se hovořilo o koncepci, že by si pacienti, kteří jsou příjemci dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních, sociální péči hradili z příspěvku na péči tak, jako to funguje v domovech pro seniory (Klusáková, 2012a). Úhradu lůžek

dlouhodobé péče v současné době řeší Jihomoravský kraj, navrhuje zavedení zdravotně-sociálních lůžek, které by platila obě dotčená ministerstva paušálně (ČTK, 2014d).

Z druhé strany ke sporům dochází ohledně proplácení péče v pobytových zařízeních sociálních služeb – Asociace poskytovatelů si dlouhodobě stěžuje na nedostatečnou úhradu za ošetrovatelskou a rehabilitační péči, oprávněnost tohoto tvrzení potvrdila i studie Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. Spor jedné z pojišťoven (VZP) s domovy důchodců byl medializován v roce 2013 např. v pořadu Reportéři ČT. Několik desítek zařízení na pojišťovnu podalo žalobu kvůli regulaci úhrad na roky 2012 až 2014. Nyní Asociace poskytovatelů sociálních služeb a krajů s vedením VZP podepsali memorandum o ukončení sporů a úhradách a mají dále jednat o budoucím financování péče (ČTK, 2014a).

Jak bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, Česko disponuje strategickými dokumenty, jež se mimo jiné zavazují, v souladu s trendy v oblasti DP ve vyspělých zemích, podporovat co nejdelší setrvání seniorů v jejich přirozeném domácím prostředí. V praxi se však tyto tendence projevují zatím pouze v omezeném měřítku. Mátl a Jabůrková (2007) ve své publikaci uvádějí, že dostupnost a kvalita terénních služeb není na mnoha místech České republiky uspokojivá, takže řada potřebných seniorů je z jejich užívání vyloučena a nastává substituce této péče za ústavní. Na nedostatek terénních (zejména sociálních) služeb upozorňují i další dokumenty (MPSV, 2010; Holmerová aj., 2013). Sociální služby mají tendenci se kumulovat ve větších obcích na úkor periferních oblastí. Z pohledu neformálních pečovatelských služeb je překážkou především nízká kapacita a dostupnost odlehčovacích služeb a tzv. tíšňové služby (MPSV, 2013c).

Podle studie VÚPSV představuje bariéru v rozšiřování nabídky služeb současný systém financování sociálních služeb. Poskytovatelé jsou závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu a většina příjemců PNP neutráci svůj příspěvek za žádnou registrovanou službu. Experti z VÚPSV proto doporučují, aby se příspěvky I. a II. stupně vydávaly v poukázkách, které by poskytovateli péče proplácela obec. Například v Německu lze příspěvek na péči dle volby čerpat formě peněžní nebo jako věcnou dávku v podobě služby, přičemž varianta čerpání v podobě finanční dávky je nižší. Ve třetím (nejvyšším) stupni odpovídá příspěvek 1550 eurům při využití služby oproti 700 eurům při přímé výplatě peněz (Alföldi Šperkerová, 2014a). Také by se podle nich měla více kontrolovat péče v domácnostech a rodinné příslušníky, kteří poskytují péči, by měly evidovat úřady. Dále by se podle autorů studie také mohla zrušit maximální výše úhrad za pobyt a stravu v různých zařízeních a důsledně by se měla požadovat vyživovací povinnost dětí k rodičům (ČTK, 2012). Podle MPSV (2013c) je v ČR také neuspokojivá situace ohledně rozvoje technologií a služeb asistovaného života pro seniory. Kromě sociální služby tíšňové péče v ČR další služby asistovaného života, které by podpořily seniory v delším setrvání v jejich domácím prostředí a zvýšily kvalitu jejich života, nejsou implementovány.

Častou příčinou institucionalizace seniorů je kromě nedostatku alternativních služeb také malá informovanost veřejnosti. Lidé často nemají informace o možnostech v dané lokalitě, chybí koordinátor služeb (case-manažer) na místní úrovni (Holmerová aj., 2013). Velký zájem o využívání sociálně-zdravotnických služeb mezi neformálními pečujícími na straně jedné, ale poměrně nízká informovanost či znalost problematiky na straně druhé jednoznačně vyplynuli

z výzkumu provedeného na území městských částí Praha 7 a 8. Jako jednoznačně nedostatečné se ukázalo povědomí o nabídce a rozsahu jednotlivých typů služeb, respondenti z větší části např. nerozlišují pečovatelské služby od agentur domácí péče (Karmelitová aj., 2005). Zvýšit orientaci samotných seniorů i jejich pečujících rodin v možnostech pomoci při péči chce pomocí kampaně proti umisťování starých lidí do ústavů s mottem „Nechci tam, ale sama už všechno nezvládnou“ s podtitulem „Devět z deseti lidí si přeje dožít doma. Devět z deseti lidí umírá v ústavech. Změňte to.“ sdružení Život 90. Kromě outdoorové kampaně byl zprovozněn i web <http://www.zitdeledoma.cz>.

Kapitola 6

Dlouhodobá péče v evropských zemích

6.1 Rozdílné podmínky pro zajištění péče

Navzdory skutečnosti, že Evropská unie věnuje oblasti dlouhodobé péče značnou pozornost (včetně schválených doporučení pro členské země), jedná se o sféru sociální politiky s vůbec největšími rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Tyto rozdíly se týkají jak systému organizace, tak způsobu financování péče (Marin aj., 2009). Funkční a dlouhodobě udržitelný systém dlouhodobé péče je cílem všech evropských zemí, avšak těžko bychom hledali jedno optimální řešení pro všechny.

V první řadě v jednotlivých zemích najdeme odlišné rozdělení odpovědnosti za zajištění péče mezi rodinou, veřejným a soukromým sektorem. Různě je také vymezená hranice mezi zdravotní a sociální péčí. Ačkoliv se váha (zastoupení) seniorské populace i její zdravotní stav ve srovnávaných zemích liší, lze vyslovit domněnku, že potřeby těchto populací jsou z hlediska dlouhodobé péče srovnatelné.

Mezi nejdůležitější společné strategické priority v oblasti DP patří na základě šetření provedeného OECD ve 28 zemích (Colombo aj., 2011) zajištění finanční udržitelnosti systémů DP, podpora domácí péče a zlepšení v oblasti standardů kvality služeb DP.

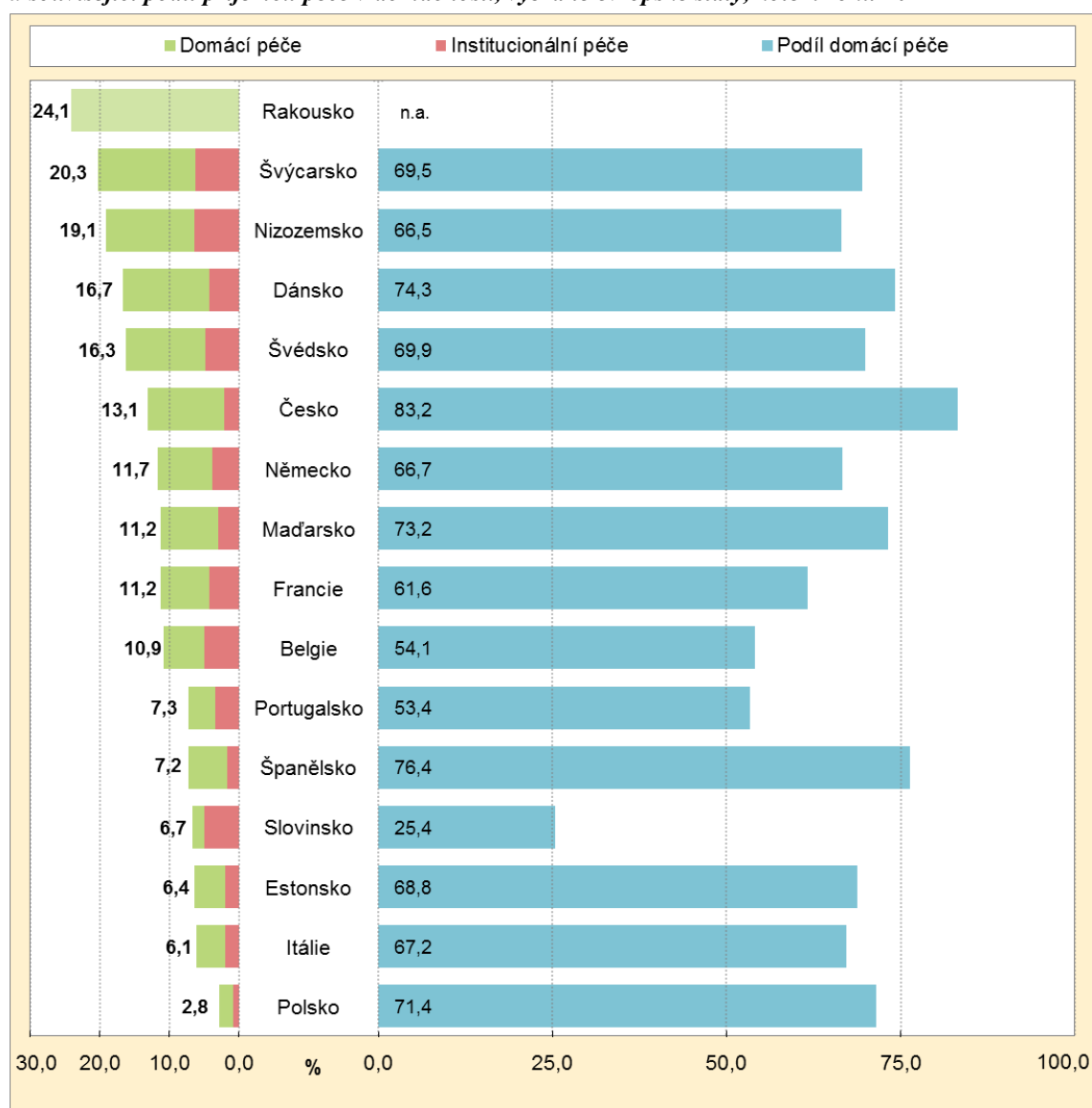
Obecným trendem ve vyspělých zemích je v oblasti dlouhodobé péče hledání optimálního fungování spolupráce mezi formálním a neformálním sektorem a zajištění všech forem péče tak, aby na sebe navazovaly a dokázaly flexibilně reagovat na aktuální potřeby seniorů (a jejich rodinných pečujících). Zároveň se v posledních letech objevily tendence k posilování odpovědnosti neformálních poskytovatelů (tzv. refamilializace). Tento trend se projevil i v severských zemích, přestože zde dlouhodobý vývoj vedl spíše k nahrazování rodinné péče formálními službami (Pavolini a Ranci, 2008). Např. v Nizozemsku byl zaveden koncept tzv. „běžné péče“, který předpokládá poskytování formálních služeb pouze v případě, když péči není možno zajistit v rámci rodiny (Pommer aj., 2007). Také Švédsko v kontextu finanční krize a souvisejících škrtů v rozpočtu v 90. letech 20. století akcentovalo význam neformálních pečovatелů. Některé jihoevropské státy, ve kterých v minulosti převažovalo spíše minimalistické pojetí dlouhodobé péče, se vydaly opačnou cestou. Právní úprava, která vstoupila ve Španělsku v platnost v roce 2007 – Ley de Dependencia, položila základy pro větší zapojení soukromých a veřejných poskytovatelů v oblasti DP, a poprvé v této zemi ustanovila specifická práva závislých osob a jejich pečovatелů. Tento zákon upřednostňuje poskytování poukázek na péči

oproti přímým platbám (ty by měly být poslední možností, když není možné zajistit péči prostřednictvím služeb) – z důvodu podpory profesionální péče. Přes tuto regulaci je ve skutečnosti většina podpory vyplácena prostřednictvím přímých plateb rodinám, protože tato varianta je levnější než budování infrastruktury služeb DP (Gago, cit. v European Union, 2012).

I v zemích, kde doposud žádná reforma neproběhla – v Itálii, nebo Portugalsku, se tradiční obraz péče mění – rodiny začaly využívat zvýšené finanční transfery od státu a najímají si k zajištění péče pečovatele – převážně ženy migrující z jiných zemí (European Union, 2012).

6.1.1 Příjemci dlouhodobé péče

Obr. 17: Podíl příjemců dlouhodobé péče v institucionálním a domácím prostředí v populaci 65+ a související podíl příjemců péče v domácnosti, vybrané evropské státy, kolem roku 2011



Pozn.: Data se vztahují k populaci ve věku 60 a více let pro Belgii a Francii. Data pro Česko za rok 2009, Dánsko a Francii 2010, Rakousko 2008 – za příjemce dávek na péči (Colombo aj., 2011). Data pro Belgii z roku 2010 (institucionální péče) a 2004 (domácí péče), zdrojem Gasior aj., 2011.

Zdroj: OECD, 2013; Gasior aj., 2012; Colombo aj., 2011

Podíl seniorů využívajících formální péči je do značné míry odvislý od historického vývoje systémů DP v jednotlivých zemích. Pokrytí seniorské populace službami přitom může být současně příčinou i důsledkem rozdílné poptávky po nich, která je stimulována jak rozdílnými preferencemi, tak odlišnými podmínkami co se týče dostupnosti a kvality péče.

Hlubší analýzou (na základě dokumentace OECD) povahy dat poskytnutých jednotlivými zeměmi jsme se přesvědčili o jejich nestejném charakteru a struktuře. Proto by prezentované hodnoty (v některých případech doplněné i z jiných zdrojů) měly být posuzovány se zřetelem k omezené srovnatelnosti a brány spíše jako orientační.

Za příjemce služeb dlouhodobé péče OECD považuje osoby, jimž péči poskytují placení poskytovatelé (včetně neprofesionálních pečovatелů, kteří dostávají peněžní dávky ze sociálního systému) a dále příjemce dávek pro osoby s potřebou dlouhodobé péče. Institucionální péče zahrnuje všechna místa mimo nemocnice, kde jsou klientovi poskytovány služby dlouhodobé péče současně s ubytováním. Ačkoliv OECD (2013) dle své metodiky mezi příjemce dlouhodobé péče nezapočítává osoby, jimž je péče poskytována v nemocnicích, některé země mají poměrně vysoký podíl dlouhodobých lůžek v nemocnicích – např. Maďarsko. Ve většině zemí se však kapacita nemocničních lůžek na úkor ostatních institucí snižuje (OECD, 2013).

Domácí péče zahrnuje kromě samotné péče ve vlastním domově i dočasnou péči v institucích, péči poskytovanou denními centry a speciální úpravy bydlení (OECD, 2013).

V ČR byly mezi příjemce dlouhodobé péče zahrnuty všechny osoby pobírající příspěvek na péči. Počet těch, kteří nevyužili příspěvek na úhradu pobytové služby (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, domovy pro seniory a týdenní stacionáře), se použil jako odhad počtu příjemců domácí péče.

Počet příjemců dlouhodobé péče ve vyspělých zemích je v důsledku stárnutí populace a s ním spojeného rostoucího počtu závislých osob i rozšiřování nabídky služeb na vzestupu. Přestože služeb dlouhodobé péče využívají i mladší ročníky, naprostá většina uživatelů je starší 65 let – ve většině zemí OECD jsou to čtyři z pěti příjemců péče. Přibližně polovina uživatelů DP je přitom ve věku 80 a více let (Colombo aj., 2011). Ženy představují zhruba dvě třetiny všech příjemců péče, což je dáno jejich vyšší nadějí dožití kombinovanou s vyšší prevalencí disability ve stáří (OECD, 2013).

Z analyzovaných 16 zemí je průměrně 12 % osob starších 65 let příjemcem péče, ačkoliv rozdíly mezi zeměmi jsou obrovské – viz obr. 17. Podíl seniorů využívajících služeb dlouhodobé péče se pohybuje od téměř čtvrtiny populace 65+ v Rakousku (v tomto případě jde však o podíl osob pobírající dávky na péči) po necelá tři procenta seniorů v Polsku. Vysoký podíl seniorů je příjemcem DP ve Švýcarsku, Nizozemsku, Dánsku a Švédsku. Podle studie Evropského centra pro sociální politiku a výzkum (Gasior aj., 2012), jež kombinuje data OECD s daty získaných z jednotlivých národních zdrojů, představují příjemci DP v Nizozemsku více než čtvrtinu seniorské populace. Ve skupině, jež zahrnuje země se středními hodnotami zastoupení příjemců DP, najdeme Česko, Německo, Maďarsko, Francii a Belgii. Nejnižších podílů příjemců DP v populaci 65leté a starší (pod 10 %) dosahuje Portugalsko, Španělsko, Slovinsko, Estonsko, Itálie a již zmíněné Polsko. Dle jiného zdroje (Gasior aj., 2012) tvoří příjemci DP v Itálii srovnatelné procento populace 65+ jako v ČR – více než polovina z nich

jsou však příjemci peněžitých dávek. Ve věkové skupině nad 80 let se podíl příjemců dlouhodobé péče pohybuje průměrně kolem 30 % (OECD, 2013).

Ve většině zemí se v několika posledních letech (někde až desetiletích) ve struktuře příjemců péče zvýšil podíl osob v domácí péči. Naopak procento seniorů v institucionální péči přes probíhající demografické stárnutí zůstalo ve většině zemí od poloviny 90. let stabilní. Standardizované míry institucionalizace v zemích, za které jsou dostupná data, většinou poklesly – v Nizozemsku, Švédsku; nebo zůstaly přibližně na stejné úrovni – Francie, Německo (Gasior aj., 2012). Proces deinstitucionalizace začal nejdříve ve skandinávských zemích – v šedesátých letech minulého století. Naopak ve Francii nebo Německu nebyla tato tendence zaznamenána až do konce 20. století (Jacobzone aj., 2000). Právě ve Francii byl mezi roky 2000 a 2011 zaznamenán nejmarkantnější vzestup podílu osob v domácí péči (ze zemí, za něž jsou dostupná vývojová data) – ze 40 % na 60 % (OECD, 2013). Nejvyšší zastoupení má v současné době dle dostupných dat mimo Českou republiku Španělsko, Maďarsko a Dánsko, kde 3 ze 4 seniorů v dlouhodobé péči je v domácím prostředí. Pravděpodobnost čerpání péče v domácím prostředí se ve vyšších věkových kategoriích snižuje, ačkoliv i ve věku nad 80 let je v rámci OECD stále více než polovina příjemců péče doma (OECD, 2013).

Co se týče zajištění domácí péče, v severských zemích (Švédsko, také Nizozemsko) jsou formální domácí služby široce dostupné, ale péče je limitovaná z hlediska počtu hodin. Pro státy jižní Evropy je typický pouze omezený přístup k (levným) službám doplňujícím neformální péči, spíše selektivní dávky a vysoký podíl (převážně ilegálně) zaměstnaných pečovatelských pracovníků. Pro relativně velkou menšinu rodin je tak zajištění péče v domácnosti možné na více hodin (až 24 hodin denně). Mezi těmito dvěma skupinami se nachází francouzský systém založený na tzv. poukázkách na péči (viz dále). Polsko představuje zástupce zemí, kde je prozatím podíl formálních služeb na zajištění domácí péče minimální. Je to způsobeno jednak nízkou podporou alternativ rodinné péče ze strany státu, a jednak relativně drahými soukromými alternativami (European Union, 2012).

Na základě dat Evropského centra pro sociální politiku a výzkum (Gasior aj., 2012) jsou ve většině zemí institucionalizované osoby z více než dvou třetin starší 80 let. Poměrně mladší věkovou strukturu institucionalizovaných osob najdeme v zemích střední a především východní Evropy, což může být způsobeno horším zdravotním stavem mladších seniorů oproti vyspělejším státům, nebo, jak uvádí zmíněná studie, existencí jiných důvodů pro přijetí do péče kromě disability (sociální exkluze, nevyhovující bydlení, materiální deprivace).

V míře využívání služeb dlouhodobé péče jsou výrazné genderové disproporce. 4 z 5 uživatelů institucionální péče jsou ženy v Německu, Španělsku, Itálii, Slovinsku a Francii, ve zbylých zemích jsou to přibližně 3 ze 4. Poněkud menší rozdíly najdeme v domácí péči, ale pouze v Estonsku je podíl příjemců péče ve věkové skupině 65+ vyšší pro muže než ženy.

Predominance žen jako uživatelů služeb dlouhodobé péče je důsledkem jejich početní převahy nad muži ve vyšších věkových skupinách, stejně tak jako nestejných podmínek týkajících se zdravotního stavu a životních podmínek (bydlení).

Co se týče rozdílů v poskytování péče v závislosti na formě vlastnictví poskytovatelů, soukromý neziskový sektor hraje tradičně významnou roli v Rakousku, Německu a ve Francii

a predominantní je také Nizozemsku a Itálii. Veřejné poskytování služeb oproti tomu převažuje v nordických státech a také v České republice. Soukromí ziskoví poskytovatelé jsou podstatně zastoupeni ve Španělsku, Švýcarsku, nebo Německu. Ve Španělsku soukromí poskytovatelé zaplňují mezeru v poskytování péče veřejným sektorem (Gasior aj., 2012).

6.1.2 Pracovníci v sektoru dlouhodobé péče

Důležitou otázkou zajištění dlouhodobé péče je dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků ve zdravotních a sociálních službách. Můžeme rozlišit dvě základní kategorie pracovníků v sektoru dlouhodobé péče – všeobecné sestry a pracovníky osobní péče (tato kategorie se v jednotlivých zemích vyskytuje pod různými názvy) poskytující asistenci při každodenních činnostech (ADL) a další přímou péči. OECD (2013) mezi pracovníky v sektoru dlouhodobé péče zahrnuje pracovníky poskytující dlouhodobou péči doma nebo v zařízeních dlouhodobé péče kromě nemocnic, přičemž mezi pracovníky osobní péče jsou zařazeni i rodinní příslušníci, sousedé nebo přátelé zaměstnaní na základě pracovní smlouvy a/nebo registrovaní příslušnými orgány sociálního zabezpečení jako pečovatelé. Nepatří sem neformální pečovatelé přijímající peněžní či jiné dávky, kteří nejsou formálně zaměstnaní nebo placeni příjemcem péče.

V průměru poskytují 30 % formální péče sestry a 70 % pracovníci osobní péče. Pracovní pozice v sektoru dlouhodobé péče zahrnují jak vysokoškolsky vzdělané (fyzioterapeuti), tak nízko kvalifikované pracovníky. Přesto, že se jedná o práci velmi náročnou až rizikovou, není většinou dostatečně finančně (i společensky) ohodnocená (European Union, 2012).

Vzhledem ke vzrůstajícímu tlaku na poskytování služeb mnoho zemí do budoucna uvažuje o způsobech delegování některých úkonů na nižší personál při zachování kvality péče. V důsledku stárnutí populace a předpokládanému snížení dostupnosti neformálních pečovatelů se do roku 2050 v evropských státech očekává přinejmenším zdvojnásobení poptávky po pracovnících v sektoru dlouhodobé péče (Colombo, 2011).

Zaměstnanost v sektoru dlouhodobé péče se na celkové zaměstnanosti v zemích OECD podílí přibližně pouze 2 %, ve většině zemí se však v poslední dekádě tento podíl zvýšil – například v Německu téměř o 50 %.

Počet pracovníků vztahených k populaci ve věku 65 let a více má nejvíce Švédsko (přes 12 %), Nizozemsko, Dánsko a Švýcarsko (11–8 %), naopak nejméně jich najdeme v Itálii (1,1 %). V České republice byl dle metodiky OECD³⁵ v roce 2009 podíl pracovníků v dlouhodobé péči odhadnut na 2,4 % populace 65+ (1,6 % v ústavní a 0,8 % v domácí péči).

Počet klientů dlouhodobé péče na jednoho pracovníka je přitom výrazně nižší v ústavní péči oproti péči domácí, což vystihuje rozdílnou náročnost a intenzitu péče (OECD, 2013).

Pro práci v sektoru dlouhodobé péče je charakteristické vysoké zastoupení žen a zkrácené pracovní úvazky. V České republice, Dánsku, Nizozemsku a Švédsku podíl žen překračuje 90 %. V Dánsku ženy představují dokonce 96 % pracovníků dlouhodobé péče (Colombo, 2011). Počet pracovníků na jeden přepočtený úvazek dosahuje vyšších hodnot především pro domácí

³⁵ Zahrnuti byli pracovníci vybraných sociálních služeb (domovy pro postižené, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, osobní asistence, pečovatelská služba, respitní služby a centra denní a centra denních služeb) a pracovníci v LDN, hospicích a domácí zdravotní péči.

formu péče. V České republice se však na rozdíl od ostatních zemí zkrácené pracovní úvazky (ani v tomto sektoru) téměř nevyužívají.

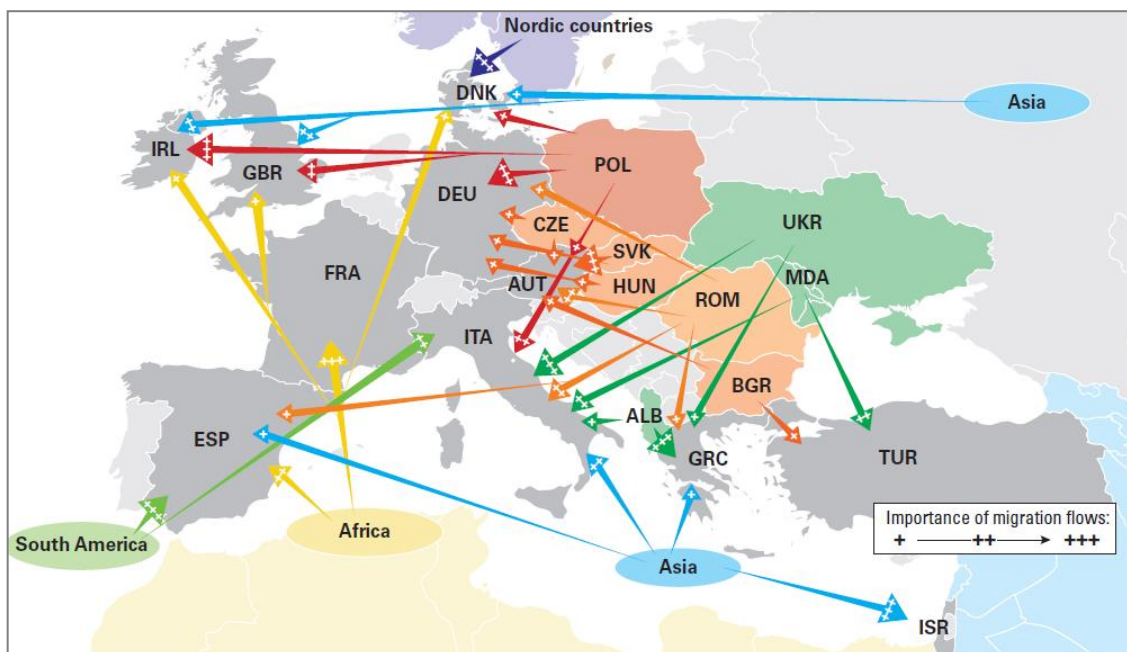
V mnoha evropských zemích se důležitou součástí každodenního poskytování dlouhodobé péče stala práce migrantů. Podíl pracovníků narozených v jiné zemi je v rámci Evropy nerovnoměrný, např. v Itálii představují přes 70 % pečovatelů v rodinách a domácnostech. Jedním z faktorů tohoto fenoménu, který může z hlediska demografických trendů nabýt v budoucnosti ještě na větším významu je nedostatek kvalifikovaných pracovníků v sektoru dlouhodobé péče (Colombo, 2011). Data dokumentující zaměstnávání migrantů v oblasti dlouhodobé péče jsou založena převážně na výběrových šetřeních, proto mohou skutečný rozměr a komplexitu jevu podhodnocovat. Můžeme také předpokládat, že v některých zemích je v sektoru péče mnoho pracovníků (především v domácnostech) zaměstnaných v rámci statistikou nepodchycené tzv. šedé ekonomiky (Gasior aj., 2012).

Při pracovní migraci samozřejmě hraje roli geografická, jazyková a kulturní blízkost, stejně tak jako ekonomická úroveň přijímající země, jak dokládá obr. 18 zobrazující nejdůležitější migrační toky za prací v oblasti osobní péče na evropském kontinentu. V souladu s tím z České republiky směřují pracovníci zejména do Německa a Rakouska. Do Rakouska směřují také pečovatelé ze Slovenska a Maďarska, tito migranti zpravidla „pendlují“ mezi domovem a pracovištěm ve čtrnáctidenních cyklech (Gasior aj., 2012). Migrační toky pečujících se řetěží – někteří pečovatelé zaplňují v zemi, kde pracují, mezeru vzniklou tím, že místní sami odešli pracovat do jiné země. Tento efekt, který bývá nazýván jako „care drain“ (Lutz & Palenga-Möllennebeck 2012; cit. v Gasior, 2012), má pro zemi původu dalekosáhlé důsledky. Jako příklad tohoto jevu můžeme uvést např. Rumuny maďarského původu pečující v Maďarsku o seniory, jejichž děti sami odcházejí pečovat o seniory v Rakousku. Podobné spojení funguje mezi Ukrajinou, Polskem a Itálií / Německem (Gasior, 2012).

Zaměstnávání migrantů jako pečovatelů v soukromých domácnostech převažuje ve středomořských státech s výjimkou Portugalska, zatímco mimo domácnosti pracují především ve Švýcarsku, Německu a Rakousku. Pozici uprostřed těchto dvou skupin zemí zaujímá Portugalsko a Francie, kde najdeme migrující pracovníky zaměstnané v oblasti domácností i komunitních služeb ve vyváženějším poměru. Toto zjištění založené na datech Eurostatu (cit. v Gasior, 2012) je v souladu s daty šetření EUROFAMCARE (cit. tamtéž), které ukázaly, že zaměstnávání pečujících pracovníků v soukromých domácnostech je běžné v jihoevropských státech, zatímco ve východní a severní Evropě se téměř nevyskytuje. Migrující pracovníci jsou obecně v daleko vyšší míře zaměstnaní v domácí péči oproti péči residenční, což je mimo jiné částečně dáno skutečností, že ústavní péče je striktněji regulovaná a více profesionalizovaná. Co se týče sester zaměstnaných v oblasti ošetrovatelské péče (o nichž jsou dostupná spolehlivější data), jež pocházejí z jiné země, než kde pracují, jejich podíl je ve většině evropských zemí kolem 5 %. Ještě více než pro celkový obraz pracovníků v dlouhodobé péči pro pracovníky-migranty platí, že se jedná o vysoce feminizovaný sektor (ženy jsou převážně středního věku) s nízkými platy (Gasior aj., 2012). Další charakteristikou migrujících pracovníků je, že mají často vyšší kvalifikaci, než odpovídá požadavkům pro práci pečovatele – tzv. de-skilling (Colombo, 2011). Často je jejich pozice na pracovním trhu komplikovaná také z toho důvodu,

že se pohybují v tzv. šedé zóně, především v zemích s méně rozvinutými systémy péče (Gasior aj., 2012).

Obr. 18: Hlavní směry migrace za prací v oblasti péče v Evropě



Převzato z: (Gasior aj., 2012)

6.1.3 Financování dlouhodobé péče

V porovnání s výdaji na zdravotní péči jako celek, jež pro vyspělé země činí průměrně přibližně 10 % HDP, jsou náklady na dlouhodobou péči relativně nízké. V rámci celého zdravotnictví představuje dlouhodobá péče v zemích OECD přibližně 11 % celkových výdajů (na základě dělení péče dle funkce prostřednictvím tzv. zdravotnických účtů do kategorií: lůžková péče, ambulantní péče, dlouhodobá péče, léky a prostředky zdravotnické techniky a kolektivní služby). Podíl připadající na dlouhodobou péči se mezi zeměmi zásadně odlišuje. Zatímco Dánsko a Nizozemsko na tuto péči alokují téměř čtvrtinu běžných výdajů na zdravotnictví, ČR se se 4% podílem řadí do skupiny zemí s nejnižšími výdaji na dlouhodobou péči (OECD, 2013). Při pohledu na věkově specifické náklady dle druhu péče podíl dlouhodobé ošetrovatelské péče po 60. roce života narůstá a ve věkové kategorii nad 85 let představuje přibližně čtvrtinu celkových nákladů (Mátl, 2008).

Podstatná část služeb dlouhodobé péče je financována z veřejných zdrojů. V roce 2011 výdaje na dlouhodobou péči ve státech OECD představovaly průměrně 1,6 % jejich HDP. Dle metodiky OECD (2013) se do výdajů započítávají výdaje na zdravotní (ošetrovatelská péče a přímá péče – pomoc s ADL) i sociální služby (pomoc s IADL) poskytované v rámci dlouhodobé péče. Data pro některé země se však vztahují pouze na složku zdravotnických nákladů, což může ovlivnit už tak obtížnou mezinárodní srovnatelnost údajů (především z důvodu různě pojímané hranice mezi zdravotní a sociální složkou péče). Veřejné výdaje jsou přitom z hlediska jejich vykazování lépe porovnatelné, než výdaje soukromé (OECD, 2013).

Nejvíce na péči z veřejných zdrojů ze svého HDP vydává Nizozemsko a Švédsko (3,7 a 3,6 %). Dále v rámci srovnávaných zemí můžeme vydělit skupinu zemí s relativně vyššími výdaji mezi 2,4–1,5 % HDP (sestupně: Dánsko, Belgie, Francie, Švýcarsko). Rakousko (1,2 %), Slovinsko a Německo (1,0 %) se pohybují kolem 1 %, zatímco zbytek zemí (státy jižní a východní Evropy) se nachází pod hranicí 1 % (z nich bylo nejvíce dosaženo ve Španělsku – 0,7 %). Česko patří do skupiny států s vůbec nejnižšími výdaji (0,3 % HDP). Právě v ČR však daný údaj nezahrnuje sociální výdaje, které byly v roce 2009 odhadnuty na 1 % HDP (MZ ČR, cit. v Colombo, 2011), a výdaje na domácí zdravotní péči. Analýza MPSV (2011b) odhadla pro rok 2009 výdaje na DP na 50 miliard Kč, tedy 1,4 % HDP.

Soukromé zdroje se na financování dlouhodobé péče podílí ze srovnávaných zemí významněji ve Švýcarsku (0,8 % HDP), Německu a Španělsku – obě země kolem 0,4 % HDP (OECD, 2013). Ačkoliv soukromé výdaje v % HDP nejsou tak vysoké, důležitý podíl na celkových výdajích mají přímé platby také v Portugalsku a Slovinsku – 45 a 24 % celkových výdajů v roce 2008 (Colombo, 2011). Do soukromých výdajů se započítává také soukromé zdravotní pojištění dlouhodobé péče, to však nehraje v žádné zemi významnější roli (1,8 % celkových výdajů na dlouhodobou péči v Německu, 1,1 % v Portugalsku, 0,5 % ve Francii kolem roku 2008). Rozsáhlejší pokrytí populace soukromým pojištěním má ze srovnávaných zemí Francie, je to však méně než 10 % osob starších 40 let. V Německu mají soukromé pojištění lidé, kteří se vyvázali z veřejného pojištění na dlouhodobou péči (Colombo aj., 2011). Veřejné pojištění na dlouhodobou péči má kromě Německa (Pflegeversicherung), také Nizozemsko (a mimo sledované země Korea a Japonsko). Primární záměr zavedení pojištění v Německu – kontrolovat a zastavit růst nákladů na dlouhodobou péči – však nebyl naplněn a o jeho budoucí udržitelnosti taktéž existují pochybnosti (WHO, 2012).

Veřejné výdaje na dlouhodobou péči v posledních letech v některých zemích rapidně narostly, meziroční nárůst mezi roky 2005 a 2011 v průměru v zemích OECD činil 4,8 %. To převyšuje nárůst výdajů na zdravotní péči jako celek. V rámci srovnávaných zemí byl nejvyšší v Portugalsku (14,4 %), nadprůměrný dále byl také v Estonsku, České republice, Belgii a Polsku). V zemích s dlouhodoběji rozvinutou infrastrukturou služeb byl nárůst menší. Oproti tomu v Maďarsku byl však dokonce záporný (-0,1 %), celkový pokles byl však způsoben poklesem výdajů na institucionální péči, v domácí péči náklady rostly.

Přes narůstající preferenci péče v domácím prostředí ve většině zemí větší podíl výdajů směřuje do oblasti ústavní péče, což svědčí o nákladnější (intenzivnější) péči v tomto sektoru, která vyžaduje vyšší personální zajištění péče.

Ze sledovaných zemí je nejvyšší rozdíl mezi náklady dle formy péče ve Švýcarsku, kde 1,8 % HDP směřuje na pobytovou dlouhodobou péči a 0,3 % HDP na péči v domácím prostředí. Oproti tomu v Dánsku, Rakousku a Polsku vyšší podíl finančních prostředků míří do sektoru domácí péče (Colombo aj., 2011).

V souladu s rozšiřováním dostupnosti péče v domácnostech byly vyšší roční přírůstky výdajů v období 2005–2011 obecně zaznamenány ve službách domácí péče oproti péči ústavní. Nejvyšší byly zaregistrovány v Estonsku (+16,6 %), Španělsku a Švýcarsku (obě země cca 8 %). V některých zemích však předčil roční růst nákladů na péči v domácím prostředí růst

výdajů na péči residenční, někde dokonce více než dvakrát (Polsko, Česká republika a Nizozemsko).

Přestože výdaje na dlouhodobou péči exponenciálně rostou s věkem, nelze variabilitu ve výdajích na péči v jednotlivých zemích vysvětlit pouze odlišnostmi ve věkové struktuře (podílem seniorů nad 80 let) a pokrytím populace službami (podílem příjemců péče ve skupině 65+). Výdaje (v % HDP) jsou ovlivněny dalšími faktory. V zemích, kde bychom z hlediska zmíněných faktorů očekávali vyšší hodnoty, než ve skutečnosti jsou, můžeme očekávat nedostatečné zajištění služeb (např. Portugalsko, Maďarsko, Španělsko). Naopak nižší očekávané náklady na péči (Nizozemsko, Švédsko) svědčí o velkorysosti systému dlouhodobé péče.

Důležitým faktorem pojícím se s financováním dlouhodobé péče jsou skryté náklady na péči spojené s neformální péčí, které se z velké části nepromítají do oficiálních kalkulací (MPSV, 2010). Neformální péče bývá stále ještě vládami vnímána jako „bezplatná“ (European Commission, 2012b). Sílí však debaty o nákladech obětovaným příležitostí souvisejících s neformální péčí – důsledcích pro trh práce, produktivitu, zdravotní stav a pohodu-spokojenost („well-being“) pečujících. Neformální péče může mít zásadní dopad na psychické zdraví pečovatele, kdy výskyt mentálních zdravotních problémů je v populaci pečovatelů poskytujících péči více než 20 hodin týdně v průměru přibližně o 20 % vyšší oproti běžné populaci (Colombo aj., 2011).

Započítáme-li hodiny spotřebované péčí, zhoršenou kvalitu života a zdraví pečujících, ztížení pracovního a společenského uplatnění (a toto vše často v dlouhodobém horizontu), jsou náklady na neformální péči velmi vysoké (Holmerová, 2011).

Podle OECD (Colombo, 2011) převyšuje odhadovaná ekonomická hodnota neformální péče hodnotu formální péče³⁶. Na druhou stranu kapacity domácností představují obrovský potenciál, protože péče v domácím prostředí nevyžaduje investiční a provozní prostředky na zajištění lůžkových kapacit. Podle Vachka (cit. v Zdravotnické noviny, 2012) je z tohoto hlediska důležité také to, že se zvyšuje zdravotní gramotnost obyvatelstva i technické zázemí domácností. Současně však také uvádí, že je potřeba se naučit s domácnostmi efektivně spolupracovat – respektovat jejich náklady na péči a poskytnout jim odpovídající podporu.

Ze studie Evropské komise vyplývá skutečnost, že zatímco v případě zdravotní péče jako celku stárnutí populace představuje relativně malý příspěvek do míry růstu výdajů na ni, náklady na péči dlouhodobou budou naopak pravděpodobně ovlivněny zejména demografickými změnami (European Commission, 2012b). Růst nákladů na zdravotní péči je poháněn především výdaji na rychle se vyvíjející nové technologie a léčiva, přičemž otázka technologického pokroku nehraje v případě dlouhodobé péče příliš významnou roli (Ačkoliv nejrozumnější řešení – hlavně z oblasti IT přístrojů mohou lidem s omezeními významně usnadnit život). Podle „demografického scénáře“ (všechny přidané roky života budou prožity s disabilitou – tzv. „čistý“ vliv demografického stárnutí) projekce Evropské komise (2012b) by

³⁶ Podle odhadů například v USA v roce 2007 činil ekonomický přínos neformálních pečovatelů 2,7 % HDP země (Colombo, 2011).

se výdaje na dlouhodobou péči (v % HDP) mezi roky 2010–2060 měly v Evropské unii (EU 27) průměru téměř zdvojnásobit (+ 83 %), zatímco růst výdajů na zdravotnictví se odhaduje „pouze“ o 18 %.

Pokud bychom uvažovali scénář „konstantní disability“ (nárůst naděje dožití znamená pouze roky přidané ve zdraví) projektovaný nárůst výdajů na dlouhodobou péči by byl rovný 73 %. Překvapivě tedy nemá budoucí vývoj zdravotního stavu seniorů na růst výdajů na dlouhodobou péči až tak zásadní vliv. Uvedené scénáře neberou v potaz žádné změny „politiky“ dlouhodobé péče. Při předpokladu vyšší míry využívání formální péče (odklonu od poskytování neformální péče a její substituce péčí formální) se projektovaný nárůst výdajů (ve variantách projekce zahrnujících tento faktor) dále zvyšuje. Vyšší poptávka po (kvalitnějších) formálních službách pravděpodobně navíc bude tlačit ceny služeb směrem nahoru (Colombo aj., 2011). V každém případě roční nárůsty výdajů na dlouhodobou péči významně převyšují projektované reálné přírůstky HDP v evropských zemích, a proto je finanční udržitelnost jednou z palčivých otázek dlouhodobé péče. Pokles podílu ekonomicky aktivní populace bude znamenat i pokles počtu plátců do veřejných rozpočtů a tím i do systémů financujících zdravotně-sociální služby (zdravotní a sociální pojištění). Zvýšené nároky systému dlouhodobé péče by tak v případě zachování stávajícího průběžného financování v mnoha zemích mohly znamenat zvýšení daňové zátěže obyvatelstva a požadavek na vyšší úhradu péče z vlastních zdrojů (Myslíková, 2006). Hroboň (cit. v Zdravotnické noviny, 2012) řešení kromě zvýšení přísunu soukromých zdrojů v okamžiku spotřeby vidí v prorůstových opatřeních v ekonomice, přesunu k nepřímým daním a v doplnění zdrojů zvláštními úsporami občanů. Uvádí, že celoživotní spoření 350 Kč měsíčně by mohlo zajistit dva roky dlouhodobé péče (kromě nákladů na byt a stravu) a spoření 450 Kč měsíčně po dobu 20 let by zabezpečilo jeden rok této péče (Zdravotnické noviny, 2012). Doplnkové financování založené na spoření může fungovat například ve formě státem podporovaného spoření kombinovaného s pojištěním (Hroboň, 2011). Hroboň ilustroval příklad vlastního financování dlouhodobé péče na příkladu státu New York. Pokud si zde občané koupí pojistku pokrývající péči na 3 roky, garantuje jim dlouhodobou péči stát (delší spotřebu uhradí za ně). Občanům bez pojistky stát uhradí péči až poté, co vyčerpají všechny vlastní i rodinné zdroje – tedy například i po prodeji domu (Klusáková, 2012a). Tzv. zpětná hypotéka skutečně představuje i v některých evropských zemích jeden ze způsobů financování péče – např. Dánsko, Španělsko, Švédsko (Colombo aj., 2011). Souhlas s tím, aby byla hodnota vlastního bydlení použita na financování péče³⁷, však vyjádřilo v šetření Eurobarometer (2012) pouze přibližně 15–35 % populace jednotlivých zemí.

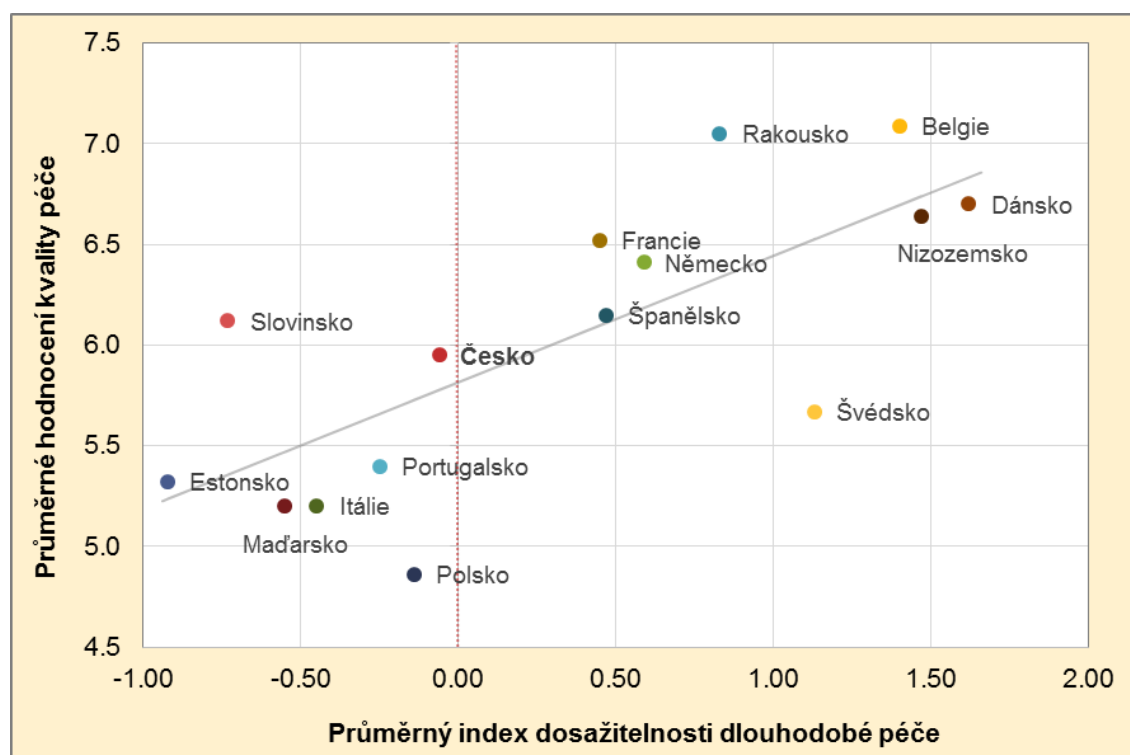
6.1.4 Zkušenosti se službami dlouhodobé péče

Následující graf (obr. 19) zobrazuje výsledky výběrového šetření Evropské nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek (Eurofound), konkrétně jejího třetího průzkumu kvality života v Evropě. Účastníci šetření hodnotili kvalitu služeb dlouhodobé péče (na škále od

³⁷ Přesné znění otázky: Pokud se osoba stane závislou na ostatních a nemůže ze svého příjmu za tuto péči platit, její byt nebo dům by měl být prodán nebo pronajmut, aby bylo z čeho za tuto péči platit. Souhlas = součet kategorií rozhodně souhlasím a spíše souhlasím.

1 do 10) a dosažitelnost péče z hlediska 4 faktorů (její cena, dostupnost, přístupnost a kvalita – výpočet indexu viz vysvětlivky pod grafem), a to na základě zkušenosti své, anebo někoho z jejich blízkého okolí. Jak obrázek naznačuje, vztah mezi kvalitou péče a její dostupností je kladný a současně poměrně těsný (hodnota korelačního koeficientu je rovna 0,74, grafem prochází úsečka lineární regrese).

Obr. 19: Kvalita služeb dlouhodobé péče a index dosažitelnosti péče (průměr v dané zemi), vybrané země, výběrové šetření kvality života v Evropě, Eurofound, 2011–2012



Pozn.: Index dosažitelnosti dlouhodobé péče vychází z odpovědí na otázku (Q56): „Do jaké míry každý z následujících faktorů [a. cena, b. dostupnost (např. čekací listiny, nedostatek služeb), c. přístupnost (např. kvůli vzdálenosti nebo provozní době), d. kvalita péče] zkomplikoval nebo nezkomplikoval Vám nebo někomu Vám blízkému využívat služby dlouhodobé péče?“ Možné odpovědi zahrnují: 1. velmi zkomplikoval, 2. trochu zkomplikovat, 3. vůbec nezkomplikoval. Tato otázka byla položena pouze respondentům, jež uvedli zkušenost (vlastní či někoho blízkého) se službami dlouhodobé péče za posledních 12 měsíců. Výpověď každé osoby s touto zkušeností byla obodována na základě její výpovědi o komplikacích spojených s uvedenými čtyřmi faktory dosažitelnosti péče – pokud byly zaznamenány obtíže v každé oblasti, index je na úrovni minimální hodnoty (-4), pokud respondent neuvedl žádné problémy s dosažitelností, na úrovni maximální hodnoty (+4). Zobrazená hodnota je průměrem hodnot indexu v dané zemi. Čím je hodnota vyšší, tím jsou služby dlouhodobé péče přístupnější.

Průměrné hodnocení kvality péče je průměrem hodnocení služeb dlouhodobé péče všemi respondenty v dané zemi. Přesné znění otázky (Q53e): „Jak byste celkově hodnotil(a) kvalitu služeb dlouhodobé péče (služby pro osoby závislé z důvodu vysokého věku, chronické choroby nebo invalidity – mohou být poskytovány v domácnosti dané osoby nebo ve středisku péče) ve Vaší zemi?“ Možné odpovědi byly zaznamenány na škále od 1 do 10, kde 1 znamená „velmi špatná kvalita“ a 10 znamená „velmi vysoká kvalita“.

Zdroj: Eurofound, 2013 (tabulka hodnot v příloze)

Hodnocení přístupu ke službám dlouhodobé péče v celé EU (27) je pozitivní (0,39). Nejlépe dosažitelnost služeb z vybraných zemí ohodnotili respondenti v Dánsku, Nizozemsku, Belgii a Švédsku (průměrná hodnota indexu nad 1,0). Dalšími v pořadí jsou Rakousko a Německo (nad 0,5), a Francie se Španělskem (těsně pod hodnotou 0,5). Ve zbylých zemích můžeme dosažitelnost služeb vnímat jako nedostatečnou, protože se zde celkový průměr indexu

pohybuje v záporných číslech. Z těchto zemí má nejlepší pozici Česko následované Polskem, Portugalskem a Itálií. Maďarsko, Slovinsko a Estonsko dosáhly nejnižších hodnot průměrného indexu dosažitelnosti péče na základě její ceny, dostupnosti, přístupnosti a kvality (méně než -0,5). Celkově v rámci EU (27) 20 % uživatelů dlouhodobé péče nezaznamenalo žádnou překážku v dosažitelnosti péče, 4,3 % naopak byli svědky problémů s dosažitelností ve všech 4 oblastech (faktorech).

Co se týče kvality péče, nejlepšího hodnocení v průměru dosáhla Belgie s Rakouskem, respondenti zde kvalitu péče hodnotili lépe, než by odpovídalo její přístupnosti (na základě rovnice lineární regrese). Naopak v následujících zemích v žebříčku kvality – v Dánsku a Nizozemsku – je kvalita naopak poněkud nižší, než by byla očekávaná na základě hodnoty indexu přístupnosti péče. Tento rozdíl je významný i ve Švédsku a pak také v Polsku, které dosáhlo nejnižšího průměrného hodnocení kvality služeb dlouhodobé péče. Roli může hrát skutečnost, že kvalitu péče hodnotili všichni respondenti bez ohledu na to, zda se službami měli či mají nějaké zkušenosti. Všeobecný pohled společnosti na úroveň kvality péče je však jistě také důležitý. V Česku, které se v pořadí zemí z hlediska hodnocení kvality péče umístilo zhruba uprostřed, toto její hodnocení odpovídá předpokládanému výsledku na základě průměrného indexu její dosažitelnosti. Průměrná úroveň kvality služeb v rámci celé EU (27) je na úrovni 5,84 (tedy Česko téměř přesně odpovídá unijnímu průměru), tato hodnota je nižší než v případě hodnocení veřejných služeb jako celku (Eurofound, 2013).

6.1.4 Podpora poskytovaná neformálním pečovateli

Jak již bylo řečeno, péče poskytovaná rodinnými příslušníky a jinými neformálními pečujícími představuje velkou část z objemu péče poskytované seniorům. V některých zemích se jedná o vyplnění mezery tam, kde není zajištěn dostatek služeb dlouhodobé péče (Holmerová aj., 2011). Protože je intenzivní poskytování neformální péče spojeno s negativními dopady na zaměstnanost, příjem a (především) psychické zdraví pečujících osob, většina zemí implementovala do svých politik alespoň některé nástroje určené na jejich podporu.

Významným nástrojem pro slazení pracovního a pečovatelského života je poskytování placené pečovatelské dovolené, je však mnohem méně přístupná a obecně společensky uznávaná, než v případě péče o malé děti (Colombo aj., 2011). Nejštědřejší systém najdeme v Itálii, kde placená dovolená může být prodloužená až na dva roky při plné náhradě platu (zastropováno částkou 43 580 Euro ročně). Belgie také nabízí relativně velkorysé možnosti, co se týče přerušení práce při pečování o člena rodiny – existuje zde tzv. paliativní pečovatelská dovolená (do 12 měsíců) a tzv. dovolená pro zdravotní asistenci (1–3 měsíce), při kterých je vypláceno 741 Euro měsíčně. Tento benefit je možné čerpat také při zkráceném úvazku s podporou vyplácenou v proporcionální výši. V Polsku je poskytované volno s náhradou mzdy ve výši 80 % dlouhé až dva měsíce, ve Švédsku a Slovinsku při stejné relativní výši náhrady příjmu až 3,3 měsíce, respektive 6 měsíců ve Slovinsku. Ve Francii si může pečující vzít volno až na tři měsíce, placených je však pouze prvních 21 dní. Dovolenu si zde může vzít více pečovatelů současně.

V některých zemích vyplývá nárok na dovolenou z kolektivních smluv. Např. Německo v nedávné době uzákonilo právo zaměstnance pracovat na poloviční úvazek s platem ve výši 75 % předchozího výdělku při plném úvazku. Po návratu do práce na plný úvazek pak zaměstnanec i nadále dostává 75 % platu, po dobu odpovídající délce dovolené (WHO, 2012). Garantovaná délka dovolené je až 2 roky (Gasior aj., 2012).

Neplacenou dlouhodobější dovolenou mohou pečovatelé čerpat ve Španělsku – až 3 roky, v Maďarsku až 2 roky, v Rakousku a Francii shodně v délce 6 měsíců a v Nizozemsku jen necelé 2 měsíce. Některé státy poskytují jen krátkodobou dovolenou (Česká republika, Portugalsko a Estonsko), nějaké obě formy (Itálie, Slovinsko, Nizozemsko, Rakousko, Belgie). Ve valné většině případů je nárok na krátkodobou dovolenou nařízený zákonem, v menšině (Dánsko, Švýcarsko) na základě kolektivní dohody. Štědřejší jsou v ohledu poskytování volna určeného k pečování zaměstnavatelé z veřejného sektoru. Např. v Belgii je pro ně dovolená čtyřikrát delší než pro zaměstnance v sektoru soukromém. V Portugalsku je dovolená stejně dlouhá (15 dní), ale placená jen ve veřejném sektoru. Délka krátkodobých dovolených se pohybuje od dvou dnů ve Španělsku, 5 dní v Rakousku, 7 dní v Estonsku, 9 dní v Česku, 10 dní v Nizozemsku a Německu po 30 dní ve Slovinsku, 36 dní v Itálii až 45 dní v Belgii. Výše náhrady mzdy během krátkodobé dovolené se velmi liší. Jen v Itálii, Rakousku a Španělsku je v plné výši předchozího příjmu. V Belgii a Německu je krátkodobé pečovatelské volno neplacené. O využívání těchto dovolených, ať už v krátkodobé, či dlouhodobé formě, bohužel nejsou dostupná data (Gasior aj., 2012).

Dalším nástrojem umožňující pečujícím osobám sladit pracovní život s pečovatelskými povinnostmi je flexibilní pracovní doba a zkrácené pracovní úvazky. Ty jsou však, stejně jako pečovatelská dovolená, mnohem častěji využívány rodiči malých dětí (Colombo aj., 2011).

Několik zemí také poskytuje příjemcům nebo poskytovatelům péče dávky, které mohou být použity na zaplacení neformální péče (Colombo aj., 2011). Další finanční pobídky zahrnují daňové úlevy, invalidní důchody, nebo příspěvky na nákup pomůcek nebo úpravu domu/bytu (European Union, 2012).

Rozšířenější formou příspěvků na péči jsou dávky vyplácené závislé osobě, tyto příspěvky jsou také většinou vyšší, než kompenzace pro pečovatele. V poměru k průměrnému příjmu seniorů tvoří v šesti z vybraných zemích (v Rakousku, České republice, Francii, Německu, Nizozemsku a Portugalsku) maximální výše příspěvku na péči pro závislou osobu min. 90 % tohoto příjmu. V případě dávek pro pečovatele této výše příspěvek dosahuje pouze v Maďarsku (v této zemi neexistuje dávka pro samotnou závislou osobu). V Dánsku rovněž existuje pouze příspěvek pro pečující, který je poměrně na vysoké úrovni, ale je vyplácen pouze v případě vážného omezení a maximálně po dobu 9 měsíců.

Dávky mohou být buď volně využitelné, nebo vázané – místo plateb v hotovosti jsou v tomto případě poskytovány poukázky na péči, které zpravidla mohou být využity jen k nákupu registrovaných služeb, ale v někde mohou být použity i jako kompenzace neformálním pečovatelům.

Poslední verze systému poukázek ve Francii – CESU (Chèque Emploi-Service Universel) platí od roku 1994 a jejím cílem bylo bojovat s nezaměstnaností, respektive vytvořit nová

pracovní místa v sektoru DP. Poukázky na péči jsou dotovány prostřednictvím APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) – univerzalistická dávka uzákoněná v roce 2002 pro starší osoby, o něž je pečováno doma nebo v instituci (dle stupně disability). Dle Silvery (2010; cit. v European Union, 2012) jsou však služby nedostatečné (2–4 hodiny denně) a péče je tak zajištěna jenom těm, kteří mají dostatek vlastních finančních prostředků, nebo je pro ně dostupná dodatečná rodinná péče. Pro ostatní je jediným východiskem institucionalizace v domovech pro seniory, z nichž v některých jsou špatné podmínky. Kromě toho ve Francii funguje systém daňového zvýhodnění, to však dle Silvery zvýhodňuje bohatší rodiny. Chudé rodiny jsou osvobozeny od spoluúčasti na financování péče, takže největší břímě leží na rodinách se středními příjmy (European Union, 2012). V Belgii byl systém poukázek zaveden v roce 2004 se záměrem potírat nelegální zaměstnávání a uspokojit poptávku po domácích službách za přijatelné ceny. Stejně jako ve Francii toto opatření vedlo k vytvoření nových pracovních míst.

V severských zemích je namísto dávek preferovanou formou podpory poskytování služeb. V souvislosti s nárůstem míry odpovědnosti neformálních pečovatелů však došlo i zde k rozšíření možností rodin a zavedení poukázek na péči – např. ve Švédsku – v roce 2009 právní úpravou LOV (Lag om valfrihet – „právo volby“). Přesto je v rámci Švédska i nadále 85 % služeb financovaných z veřejných rozpočtů (European Union, 2012).

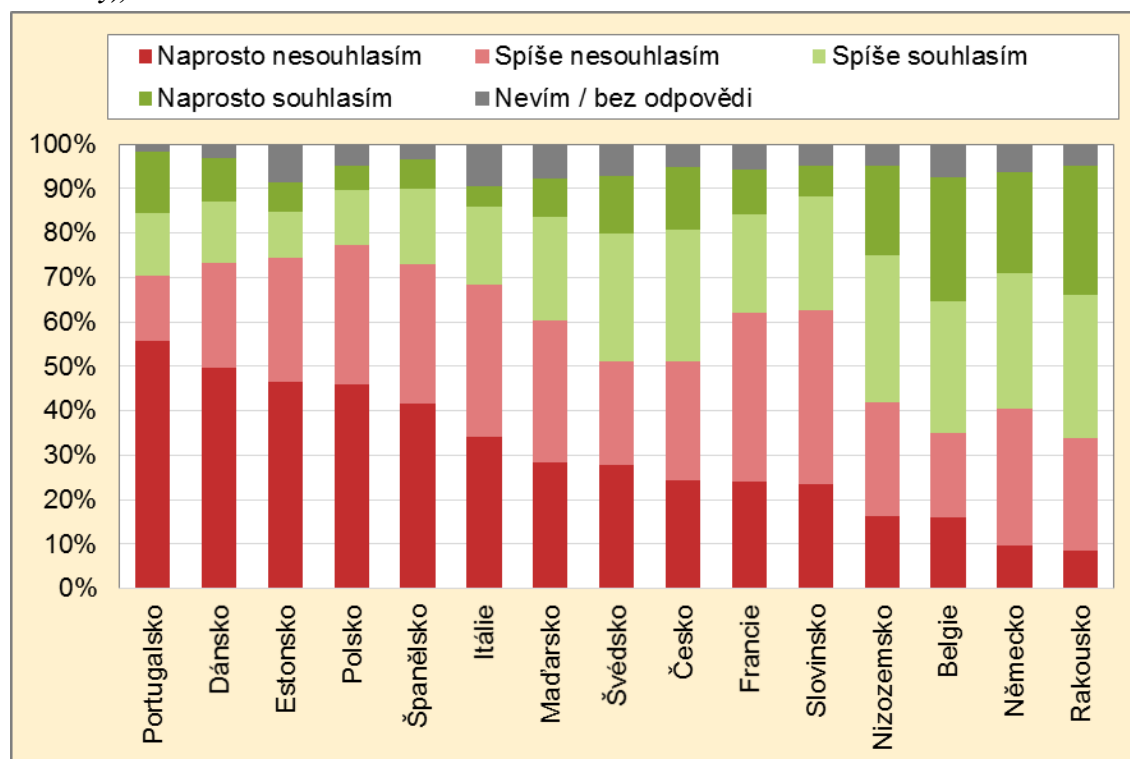
Při šetření Eurobarometer „Active ageing“ (European Commission, 2012a) byli respondenti (EU27) dotazováni na to, jaká forma pomoci od státu by jim přišla při ošetřování staršího člena rodiny nejvíce užitečná (mohli vybrat nejvíce tři z daných možností). Více než 4 z 10 označili za nejužitečnější poskytnutí platy za péči (v ČR 57 %). Téměř 4 z 10 vybrali možnost flexibilní pracovní doby (31 % ČR), 35 % respondentů zmínilo příležitost dočasně opustit práci s garancí práva návratu do ní (v ČR 42 %). Třetina občanů Evropské unie považuje za přínosné započítávání doby pečování do důchodu (54 % v ČR) a čtvrtina právo pracovat na částečný úvazek (27 % vs. 24 % v ČR). Nejméně často dotazovaní vybrali možnost školení pro pečující a nárok na každoroční dovolenou s bezplatným zajištěním náhradní péče během ní (21 a 16 % v EU27 vs. 8 a 18 % ČR).

Dvě třetiny účastníků (EU 27) dotazníkového průzkumu „Intergenerational solidarity“ (European Commission, 2009) vyjádřili nesouhlas s tvrzením, že lidé, kteří se musí doma starat o starší členy rodiny, přijímají ve své zemi od sociálních služeb dobrou podporu (35 % vyslovilo naprostý nesouhlas, 30 % spíše souhlasilo). V Portugalsku, Dánsku, Estonsku, Polsku a Španělsku dokonce více než 7 z 10 respondentů vyjádřilo nespokojenost s podporou neformálních pečovatелů v domácnostech. V Dánsku je vysoká úroveň nespokojenosti vzhledem k velmi kladnému hodnocení kvality i dosažitelnosti péče (viz výše) poměrně překvapivá, souvisí však velmi pravděpodobně s nízkou úrovní finanční podpory ze strany státu v případě neformální péče.

Nejlépe pomoc státu pečujícím ve své zemi vnímají dotazovaní v Rakousku, Německu, Belgii a Nizozemsku – pouze v těchto zemích (viz obr. 20) dostáhl podíl souhlasných výpovědí v součtu více než 50 %. Na úrovni EU 27 platí, že nejmladší (do 25) a nejstarší (65 letí a starší) účastníci šetření považovali podporu státu za dobrou spíše než ti z ostatních věkových kategorií

(tedy především ti ve věku potenciálních i skutečných pečovatелů) – zatímco 28 % starších 64 let a 30 % ve věku 15-24 souhlasili s výrokem, v ostatních věkových skupinách se úroveň souhlasu pohybovala pouze mezi 22–24 %.

Obr. 20: Lidé, kteří se musí doma starat o starší členy rodiny, přijímají ve své zemi od sociálních služeb dobrou podporu: podíl jednotlivých odpovědí, vybrané země, šetření Eurobarometer (Intergenerational solidarity), 2009



Zdroj: European Commission, 2009

6.2 Domácí péče z pohledu výběrového šetření SHARE

Tato kapitola analyzuje výsledky modulu „sociální podpora“ (Social Support) poslední – 4. vlny šetření SHARE. Otázky v něm obsažené se dotazovaly na pomoc, kterou respondent obdržel nebo poskytl v posledních dvanácti měsících. Naše analýza se týkala pomoci z pohledu jejího příjemce – seniora (osoby ve věku 65 let a vyšším). Respondent mohl být příjemcem pomoci od osoby mimo svoji domácnost a/nebo od osoby žijící s ním ve společné domácnosti. Vymezení pomoci i osoby, jíž byla otázka kladena, se však u obou typů pomoci lišilo. Zatímco pomoc mimo domácnost zahrnovala osobní péči (viz ADL aktivity) a praktickou pomoc v domácnosti (IADL aktivity), pomoc v rámci domácnosti se, z pochopitelných důvodů, omezovala pouze na poskytování osobní péče. V prvním případě mohl dotazovaný uvést maximálně tři poskytovatele péče, přičemž u každého z nich byl dále tázán na frekvenci poskytované péče. Ve druhém případě nebyl počet pečovatелů limitován a intenzita obdržené péče zjišťována nebyla, avšak péče byla blíže specifikována jako pravidelná (ve smyslu denní nebo skoro denní) po dobu nejméně třech měsíců. Okruh potenciálních pečovatелů, jež mohl respondent označit, u obou typů péče zahrnoval celkem 37 možností (všechny příbuzenské vztahy a potom

kamarády, partnery, nevlastní děti, duchovní i profesionální pečovatele) a dále byly zvlášť rozlišovány tzv. členové sociálních sítí respondenta označení v modulu zaměřeného na sociální vazby respondenta, neboli lidé, s kterými dotazovaný v posledním roce hovořil o důležitých věcech³⁸, u nichž se dají sledovat další charakteristiky (např. pohlaví a vztah k respondentovi). Pro účely šetření (odkazování na ně v dotazníku) byly tyto osoby označeny čísly. Tito členové sociálních sítí respondentů byli na základě vztahu k respondentovi překódováni ve smyslu výše uvedených 37 položek, a byli posuzováni rovnocenně k ostatním pečovatelům, kteří nebyli součástí sociální sítě respondenta. Poskytovatelé péče byli následně sloučeni do několika vybraných kategorií.

Otázka na poskytování péče mimo domácnost³⁹ byla položena pouze tzv. rodinnému respondentovi („family respondent“) – tedy jednomu z partnerské dvojice – tomu, který jako první začal vyplňovat hlavní část dotazníku. Proto byla analýza poskytování péče osobami mimo domácnost respondenta rozdělena na jednotlivce a osoby žijící v páru. Přiřazení odpovědi tohoto vybraného respondenta i na druhého z páru se totiž vzhledem ke skutečnosti, že některé odpovědi jsou přímo vázané na daného rodinného respondenta, a tudíž nepřenositelné (např. příbuzenský vztah k osobě poskytující péči), nezdálo vhodným řešením. Kromě omezení okruhu analyzovaných výpovědí respondentů jejich věkem jsme přistoupili i k podmínce, že respondent uvedl některou z potíží s mobilitou (déle než tři měsíce trvající omezení v každodenních činnostech vyplývající ze zdravotních obtíží majících vliv na pohyblivost) na základě otázky z modulu věnovaného fyzickému zdraví⁴⁰. K tomuto kroku bylo přistoupeno z důvodu, že stejným způsobem byl vymezen okruh osob, jimž byla kladena otázka na pomoc poskytovanou v rámci jejich domácnosti⁴¹ (kromě logické podmínky, že jsou členy vícečlenné domácnosti).

6.2.1 Pomoc poskytovaná osobami mimo domácnost seniora

Ze souboru rodinných respondentů – seniorů ve vybraných 16 zemích, kteří uvedli potíže s pohyblivostí, jich pomoc od někoho nesdílejícího s nimi domácnost obdržela více než třetina. Přitom ve věkové kategorii 65–79 let to byla více než čtvrtina populace a ve skupině starších seniorů ve věku 80 let a více téměř polovina populace.

³⁸ **SN001:** Úvod k modulu „Social Network“: „Nyní se Vás budu ptát na Vaše vztahy s jinými lidmi. Čas od času lidé hovoří s ostatními o dobrých či špatných událostech, které se jim přihodily, o problémech nebo starostech, které mohou mít. V posledních 12 měsících, kdo byli tito lidé, se kterými jste nejčastěji hovořil/a o svých důležitých věcech? Může se jednat o manžela/ku, děti nebo jiné rodinné příslušníky, ale také o přátele a známé, sousedy, či kolegy z práce.“

³⁹ **SP002:** Když myslíte na posledních 12 měsíců, dostalo se Vám nebo Vašemu/Vaši manželovi/manželce/partneru/partnerce během této doby od některého rodinného příslušníka mimo Vaši domácnost, od přátel nebo od sousedů osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti?

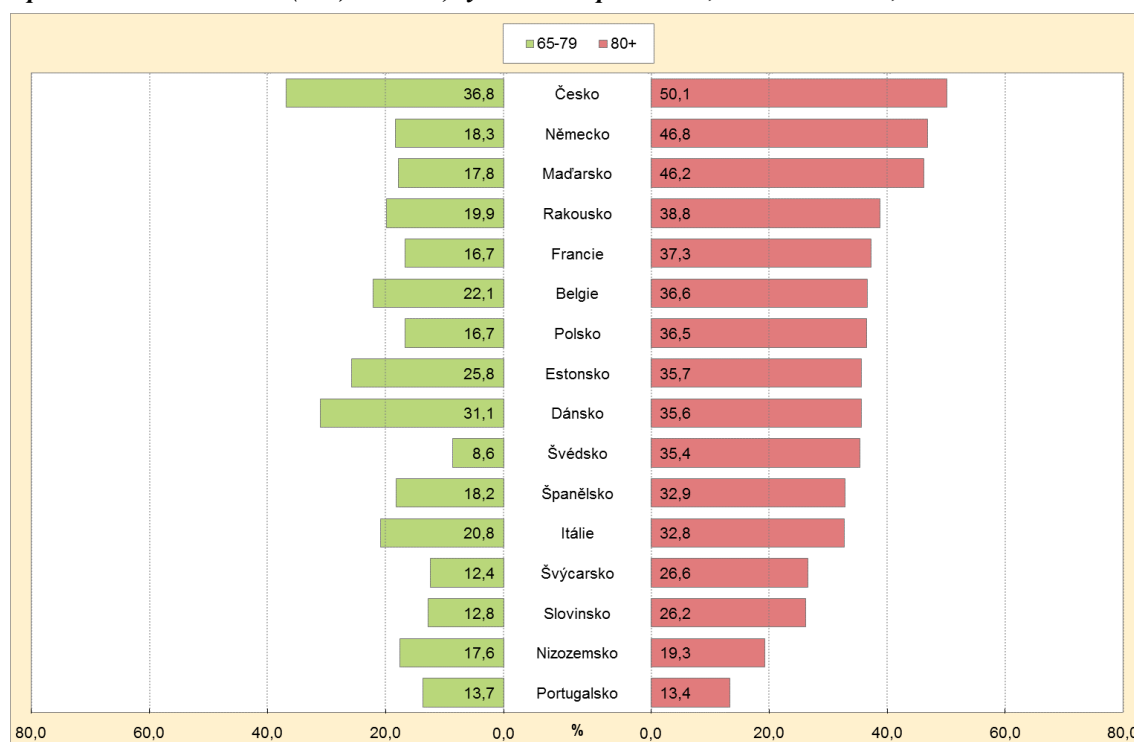
⁴⁰ **PH048:** Řekněte mi prosím, zda máte potíže při výkonu některé z uvedených každodenních činností. Nepočítejte problémy, o kterých očekáváte, že budou trvat méně než tři měsíce.

1. Ujít 100 metrů, 2. Sedět přibližně dvě hodiny, 3. Po delším sezení vstát ze židle nebo křesla, 4. Vyjít několik pater bez přestávky, 5. Vyjít jedno patro bez přestávky, 6. Sklonit se, kleknout si, udělat dřep, 7. Natáhnout se pro něco nebo zvednout ruce nad výši ramen, 8. Táhnout nebo posunout větší předměty jako např. křeslo, 9. Zvednout nebo nést předměty o váze víc než 5 kilogramů (např. těžkou nákupní tašku) 10. Sebrat prsty se stolu minci

⁴¹ **SP020:** A žije v této domácnosti někdo, kdo Vám v posledních 12 měsících pravidelně pomáhá při osobní péči, např. při mytí, vstávání nebo oblékání? /Tazatel: pod výrazem pravidelně chápeme denní nebo skoro denní pomoc po dobu nejméně třech měsíců./

U osob žijících v páru (ať už sezdáném, či nesezdáném) v rámci různě početných domácností tuto péči v posledním roce obdrželo celkem 24 % z nich, přičemž ve skupině mladších seniorů tvořili příjemci péče 19 % populace a ve skupině starších seniorů 36 % populace. Rozdíly v podílech příjemců péče obdržené mimo domácnost v seniorských populacích jednotlivých zemí jsou viditelné na grafu v obr. 21.

Obr. 21: Příjemci osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti od osoby mimo vlastní domácnost v posledních 12 měsících (v %) – PÁRY, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012

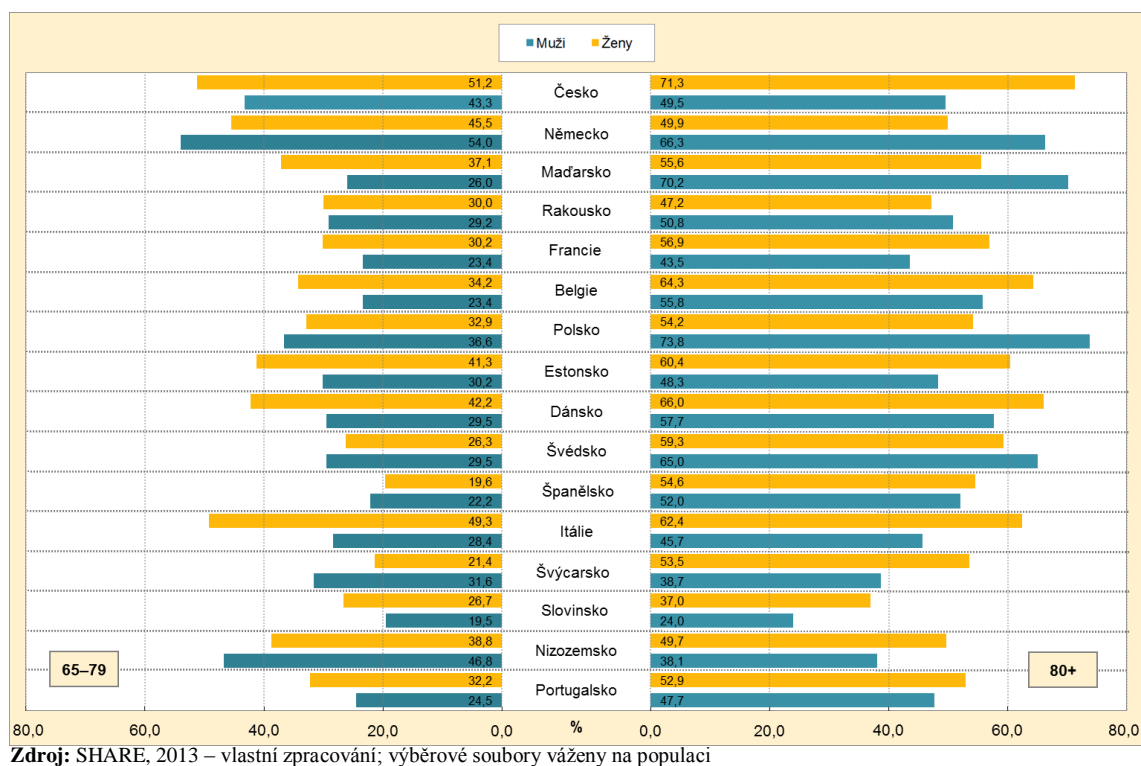


Zdroj: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory vážené na populaci

Ve všech zemích kromě Portugalska je podíl příjemců péče vyšší ve starší věkové skupině. Ve Švédsku je podíl starších seniorů přijímajících péči oproti seniorům mladším naopak více než čtyřnásobný. V rámci obou věkových kategorií jsou nejčastějšími příjemci péče Češi (dvě pětiny seniorské populace celkem). Přibližně třetinu seniorů péči osoby mimo jejich domácnosti poskytují také pečovatelé v Dánsku a Estonsku. Naopak v Portugalsku, Švédsku, Švýcarsku a Slovinsku je péče poskytována jen 14–16 % seniorům.

Péče je samozřejmě častěji poskytována osobám žijícím v jednočlenných domácnostech (obr. 22). V rámci seniorů všech vybraných zemí péči obdrželo 46 % jednotlivců, ve věku do 79 let včetně 38 % a ve věku 80 let a vyšším 55 %. V Maďarsku a Portugalsku podíl seniorů-jednotlivců přijímajících péči mimo svou domácnost dosáhl dokonce téměř trojnásobku podílu příjemců v párech. Zhruba 2,5krát častěji byli jednotlivci oproti dvojicím příjemci péče v Nizozemsku a ve Švýcarsku. Oproti tomu v Česku, Rakousku, Dánsku, Španělsku a Estonsku byli jednotlivci příjemci péče jen 1,5–1,6krát častěji. Větší rozdíly přitom byly obecně zaznamenány ve vyšší věkové kategorii (neplatilo jen pro Maďarsko, Slovinsko a především Německo).

Obr. 22: Příjemci osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti od osoby mimo vlastní domácnost v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %) – JEDNOTLIVCI, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012

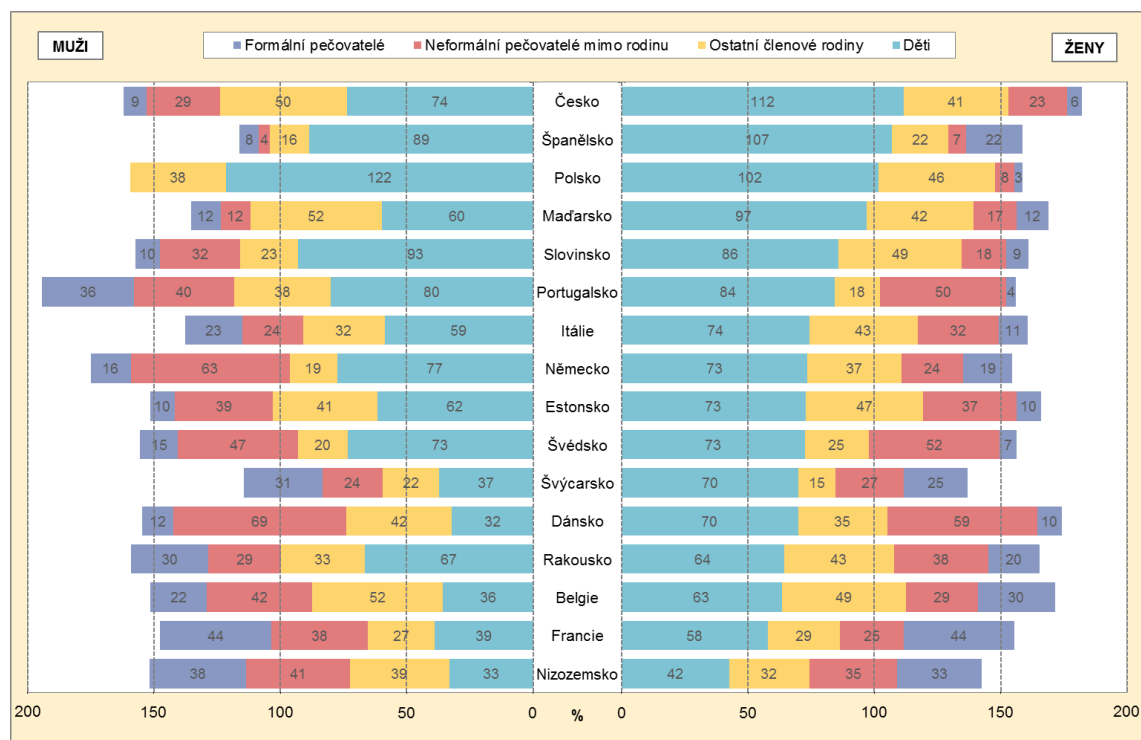


Zdroj: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory váženy na populaci

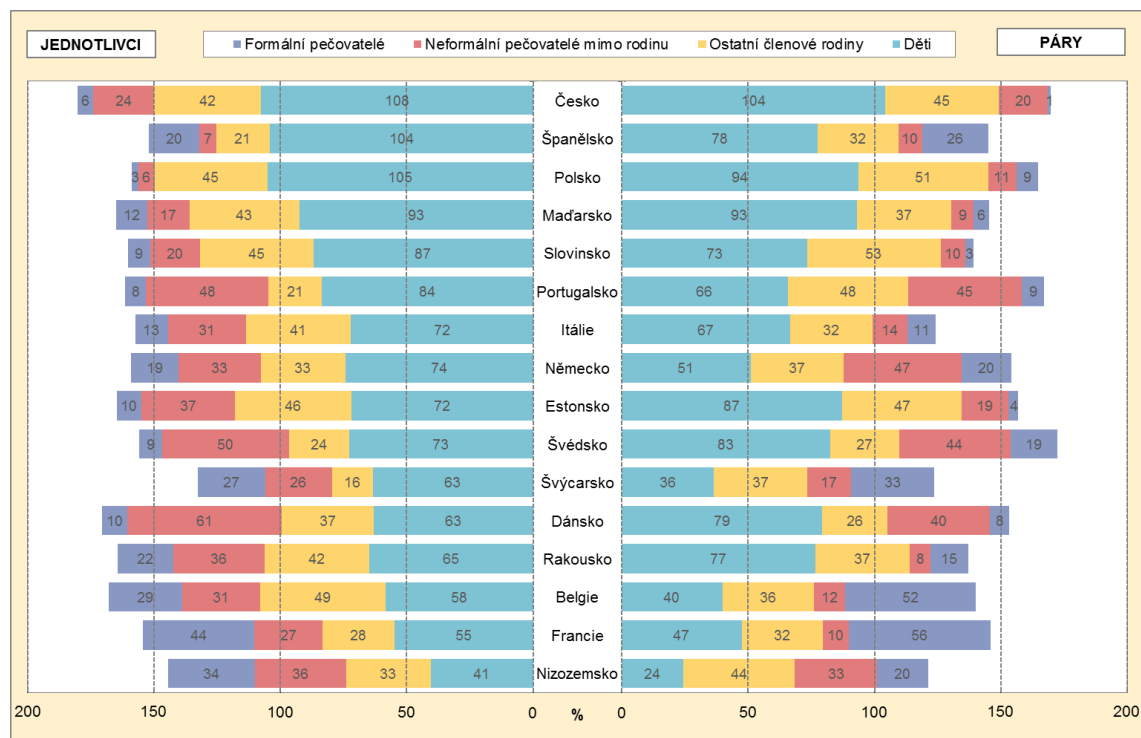
Ve většině zemí mezi samostatně žijícími seniory přijímajícími péči převažují ženy. Nejvýraznější rozdíly mezi pohlavími najdeme v Itálii a Dánsku, kde je z tohoto pohledu podíl žen 1,5krát vyšší než podíl mužů. Naopak v Německu a Polsku jsou častěji než ženy příjemci péče muži.

Na základě četnosti výskytu jednotlivých poskytovatelů péče byly vytvořeny 4 jejich kategorie: vlastní děti; ostatní rodinní příslušníci mimo děti (včetně nevlastních dětí); další neformální pečovatelé, kteří nepatří do rodiny (přátelé, kolegové, sousedi, bývalí partneři), a formální poskytovatelé péče. Vzhledem ke skutečnosti, že poskytovatelé mohli být až tři osoby, souhrnný podíl všech poskytovatelů přesahuje 100 % (počet pečujících dané kategorie byl vztažen k počtu příjemců péče). Tento způsob vyobrazení dat byl zvolen z důvodu, aby současně se strukturou přijímané péče dle poskytovatele umožňoval rovněž znázornění odlišného počtu poskytovatelů péče v jednotlivých zemích. Např. jednotlivým seniorům v některých zemích pomáhalo více než jedno jejich dítě, proto jsou zde děti zastoupeny z více než 100 %. Přitom přijímání péče od více poskytovatelů současně bylo častým jevem. Poměrně více lidí mimo jejich domácnosti se na péči o seniory podílelo u jednotlivců ve srovnání s páry (obr. 23 a 24). Průměrný počet osob poskytujících péči seniorům v samostatných domácnostech činil v souhrnu 1,6 osob, přičemž pro ženy (1,63) jen nepatrně více než pro muže (1,61). Výraznější rozdíl z hlediska tohoto ukazatele mezi pohlavími najdeme ve prospěch žen v Maďarsku a Španělsku, naopak v Portugalsku pečuje průměrně více osob o muže.

Obr. 23: Poskytovatelé osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti seniorům žijícím v samostatných domácnostech (jednotlivci), vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012



Obr. 24: Poskytovatelé osobní péče nebo praktické pomoci v domácnosti seniorům žijícím v samostatných domácnostech a seniorům žijícím v páru, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012



Zdroj obou grafů: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory váženy na populaci

Více osob pečujících v průměru o jednoho seniora najdeme v Belgii, Česku, nebo Dánsku, nápadně méně oproti ostatním zemím potom Švýcarsku. Párům poskytuje péči současně průměrně 1,5 pečovatele. Nejvyšší průměrný počet pečujících byl pro ně zjištěn ve Švédsku (1,8), Česku, Portugalsku a Polsku (shodně 1,7). Nejméně osob se na péči naopak podílí v Nizozemsku a Itálii (1,3).

Zastoupení poskytovatelů péče nebylo, především z důvodu nízkého počtu pozorování při fragmentaci souboru pozorování, analyzováno v závislosti na věku seniora.

Děti byly mezi pečovateli zastoupeny nejvíce, z větší části se přitom na péči ve většině zemí podílely pro své matky oproti otcům. Celkově se na péči podílely téměř z poloviny (ze 48 % u jednotlivců a ze 46 % u žijících v páru). Nejvyšší podíl dětí ve struktuře poskytovatelů péče mimo domácnost respondenta měly nové členské státy EU a státy jižní Evropy. U jednotlivců tvořily děti 53 % poskytovatelů pomoci a péče pro ženy, zatímco pro muže to bylo 10 procentních bodů méně (jen 43 %). Ostatní členové rodiny v souhrnu měli zhruba čtvrtinový podíl na poskytnuté pomoci seniorům (22% podíl u jednotlivců a 27% podíl u párů). Celkově tak rodinní příslušníci, kteří se seniory nesdílí společnou domácnost, zajišťují 70 % domácí péče v případě jednotlivců a 73 % v případě párů. V zemích východní Evropy (země přistoupivší do EU v roce 2004) kromě Estonska se rodinná péče na poskytnuté pomoci podílí dokonce z více než 80 % u jednotlivců i párů. Oproti tomu v zemích severní a západní Evropy se podíl rodinné péče pohybuje jen mezi 50–60 %.

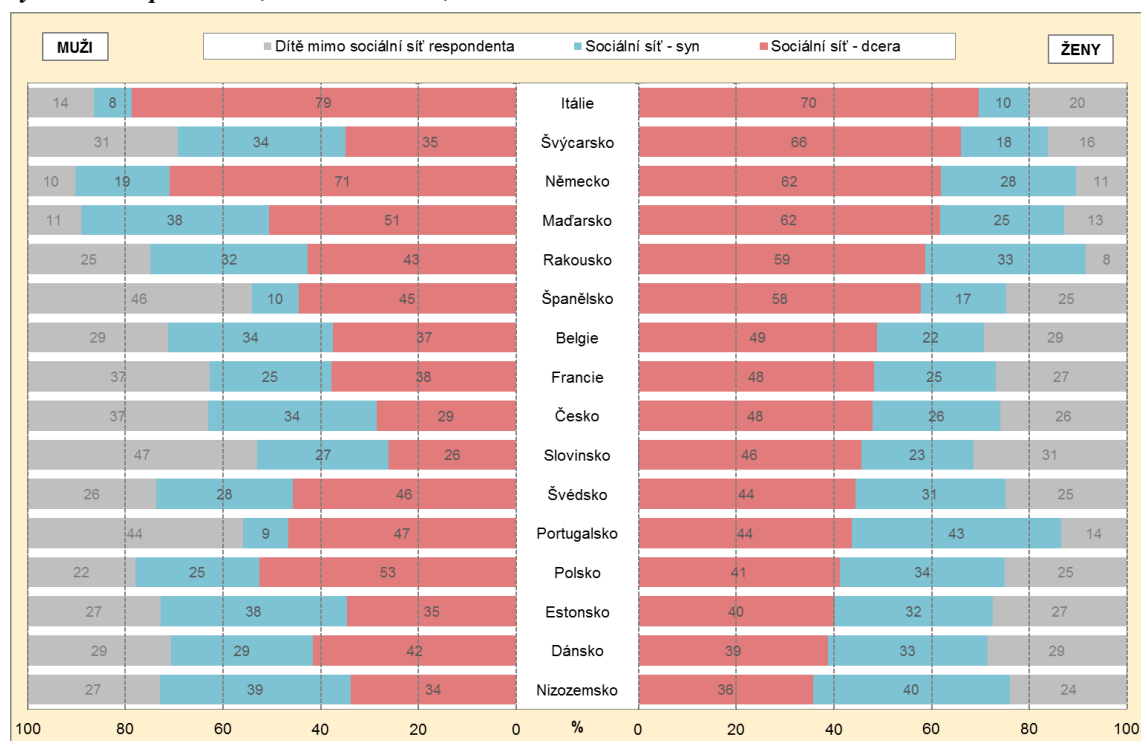
Neformální pečovatelé, kteří nejsou rodinnými příslušníky, poskytli dalších 19 % z celkové pomoci jednotlivcům a 15 % párům. Role těchto pečovatelů je významná především v severských státech (Švédsku a Dánsku) a z ostatních zemí také v Nizozemsku, Německu a Portugalsku. Oproti zemím východní Evropy je podíl neformálních pečovatelů mimo rodinu vysoký také v Estonsku. V Nizozemsku, Dánsku a Belgii dokonce podíl nerodinných neformálních poskytovatelů péče převyšuje u jednotlivců mužů podíl péče poskytované dětmi.

Formální pečovatelé v souhrnu představují nejmenší část z poskytovatelů péče a pomoci – 11 % u jednotlivců a 13 % u párů. Rozdíly mezi zeměmi jsou však u této kategorie poskytovatelů obzvláště markantní. Zatímco v Belgii, Francii a Švýcarsku se významně podílí na celkovém počtu pečujících osob, v Polsku a Česku se téměř nevyskytují. Značný rozdíl je z hlediska formální péče mezi muži a ženami, kdy zatímco u osamocené žijících mužů představuje tato péče ve struktuře pečujících 22 %, u žen je to jen 12 %.

Pohlaví dětí, jakožto nejvýznamnějších poskytovatelů domácí péče mimo domácnost respondenta, je znázorněno na obr. 25 (kvůli zajištění dostatečného počtu pozorování bylo pohlaví pečujícího dítěte analyzováno pro jednotlivce i páry dohromady). Je však známo jen pro děti, které byli svými rodiči označeni jako členové jejich sociálních sítí – v souhrnu máme informaci pro téměř 80 % dětí. Děti, které pomáhají svým rodičům s osobní péčí nebo praktickými záležitostmi v domácnosti, jsou ve většině z vybraných zemích častěji součástí sociální sítě v případě žen než mužů (největší rozdíl jsme zjistili v Portugalsku a Španělsku). Celkový počet dětí, jež poskytují rodičům pomoc, ale ti je neuvedli jako součást své sociální sítě (tak, jak ji definuje šetření SHARE) se pohybuje od 35 % ve Slovinsku po 10 % v Německu (v Česku 28 %).

Při následujícím hodnocení vycházíme z předpokladu, že u dětí, jejichž pohlaví z výsledků výzkumu nemůžeme zjistit, je rozložení četnosti pohlaví stejné, jako u dětí – členů sociálních sítí svých rodičů. Potvrdila se premisa vyslovená v obecném úvodu, že mezi pečujícími převažují ženy – v rámci zkoumaných zemí tvořily celkem 72 % dětí pomáhajících svým rodičům. Nizozemsko bylo jedinou zemí, kde podíl pečujících synů mírně převýšil podíl žen. Naopak v Itálii tvoří dcery 88 % pečujících dětí, ve Španělsku 78 %. Zajímavé je, že oproti tomu v Portugalsku se ženy na celkovém počtu dětí poskytujících péči svým rodičům podílely pouze 57 %. Celkem vyrovnané zastoupení obou pohlaví mezi pečujícími je kromě Nizozemska a Portugalska také v Estonsku a Dánsku (cca 55 %), v Polsku, Švédsku, Česku a Rakousku je to kolem dvou třetin. Přibližně v polovině zemí poskytují dcery péči spíše matkám než otcům (nejvýraznější rozdíly najdeme ve Švýcarsku, Česku, Slovinsku a Belgii), ve všech jihoevropských zemích (především v Portugalsku), a dále v Polsku Německu, Dánsku a Švédsku dcery pečují častěji o své otce.

Obr. 25 – Pohlaví dětí poskytujících v posledních 12 měsících osobní péči nebo praktickou pomoc v domácnosti rodičům ve věku 65 let a více (jež mají omezenou pohyblivost) podle pohlaví rodičů (v %), vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012



Poznámky: Pohlaví dětí je známo pouze v případě, kdy jsou členy sociálních sítí svých rodičů, tj. byly jimi v modulu SN označeny jako jedna z blízkých osob.

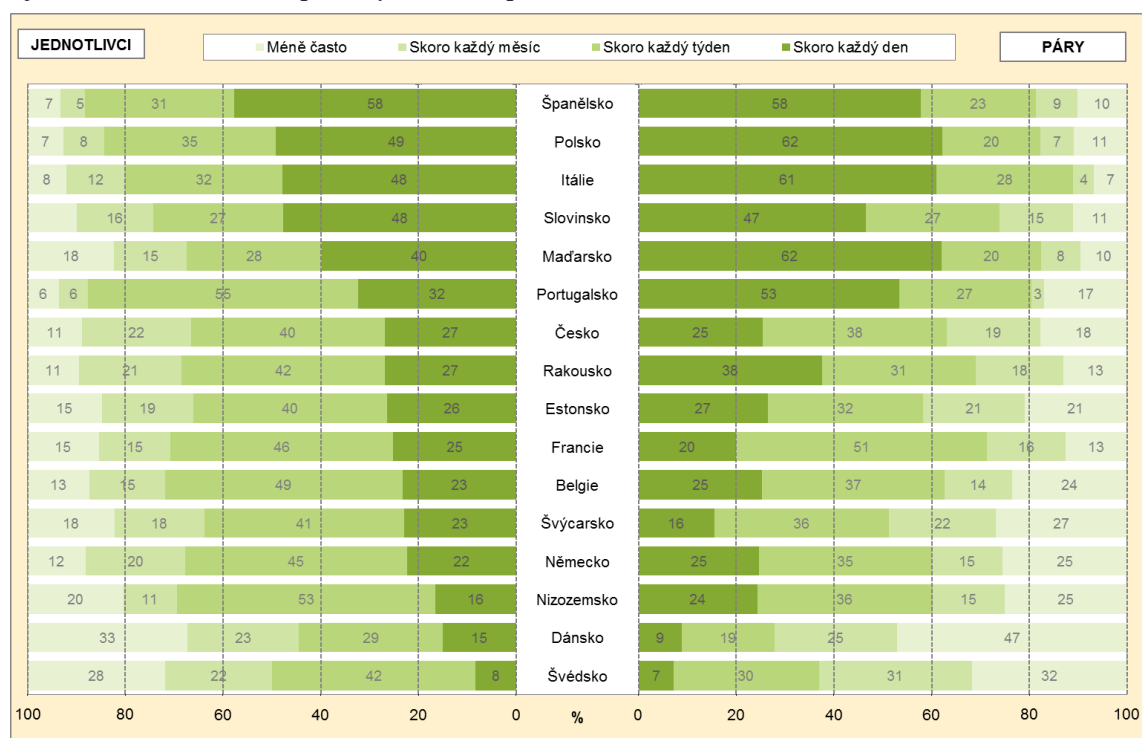
Zdroj: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory váženy na populaci

Na grafech v obr. 26 a 27 je zachycená struktura poskytované péče z hlediska její intenzity. Na základě nich vidíme, že tato intenzita se mezi zeměmi liší velmi významným způsobem. Intenzivnější formy péče převažují především v zemích jižní Evropy, zatímco v severovýchodních zemích, Nizozemsku, Švýcarsku a Německu zaznamenáváme relativně vysoký podíl méně časově náročné péče. U párů oproti domácnostem jednotlivců evidujeme poměrně častější zastoupení nejméně intenzivních forem péče.

Obr. 26: Intenzita poskytované péče osobami mimo domácnost seniorů s omezenou pohyblivostí žijících osamoceně, vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012



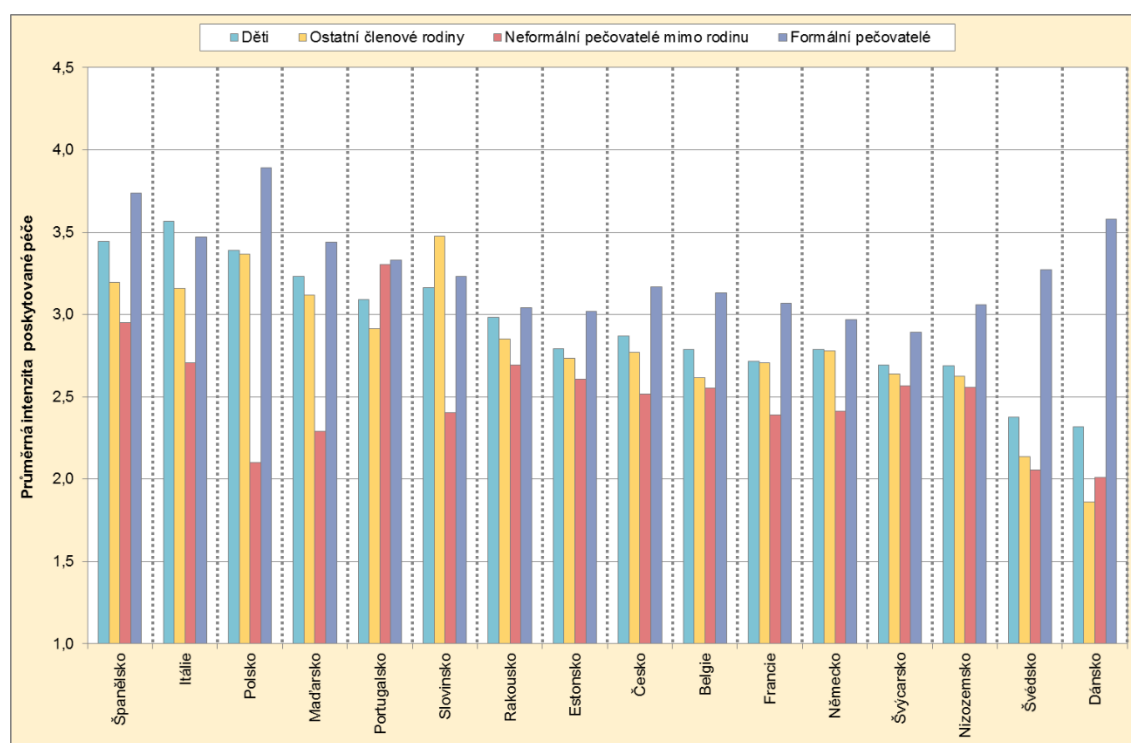
Obr. 27: Intenzita poskytované péče osobami mimo domácnost seniorů s omezenou pohyblivostí žijících osamocně nebo v páru, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012



Zdroj obou grafů: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory váženy na populaci

Průměrná intenzita péče (viz dále) se však oproti možnému předpokladu mezi páry a jednotlivci zásadnějším způsobem neliší. Největší rozdíl v hodnotě 0,4 byl zjištěn v Maďarsku (intenzivnější péče pro páry) a v Dánsku (opačným směrem – intenzivnější péče pro jednotlivce). Intenzita poskytované péče se samozřejmě může odlišovat na základě toho, kdo ji poskytuje. Proto byla pro všechny respondenty (jednotlivce i páry) vypočítána průměrná intenzita péče pro jednotlivé kategorie jejích poskytovatelů (obr. 28). Ve většině zemí je dle našeho zjištění nejintenzivnější formou formální péče a nejméně intenzivní neformální péče od osob mimo rodinný kruh. Pouze v Itálii je nejintenzivnější formou péče poskytovaná dětmi a ve Slovinsku péče poskytovaná ostatními členy rodiny (mimo děti). V Portugalsku je intenzita formální péče vyrovnaná i intenzitou péče poskytované neformálními nerodinnými pečujícími. Rozdíl mezi intenzitou poskytované formální péče je markantní především v severských státech a poté také v Polsku a Maďarsku. Naopak Portugalsko se Španělskem se vyznačují srovnatelnou úrovní průměrné intenzity poskytované péče pro jednotlivé skupiny pečujících.

Obr. 28: Průměrná intenzita poskytované péče osobami mimo domácnost seniorů s omezenou pohyblivostí podle kategorie poskytovatele, vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012



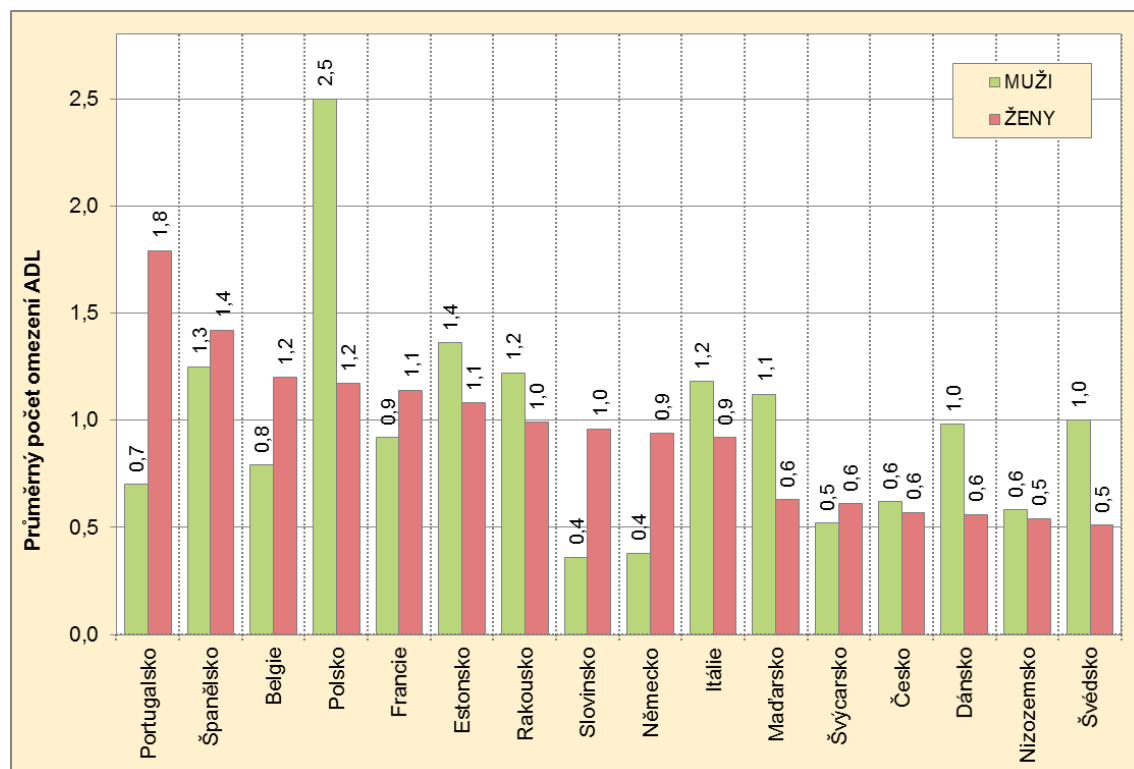
Pozn.: Průměrná intenzita poskytované péče byla vypočítána tak, že denní péči byla přiřazena váha 4 bodů, týdenní formě péče 3 body, měsíční 2 body a méně intenzivní jeden bod. Následně byla vypočítána průměrná intenzita péče pro každého respondenta a poté průměr těchto hodnot v jednotlivých zemích.

Seřazeno podle celkové průměrné intenzity poskytované péče.

Zdroj: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory vážené na populaci

Intenzita poskytované péče pravděpodobně úzce souvisí se zdravotním stavem seniorů, jimž je péče poskytována. Na základě dosavadních zjištění ale není možné tvrdit, že se zdravotní stav jednotlivých seniorských populací jednoznačně odráží v podílech příjemců péče v těchto populacích.

Obr. 29: Průměrný počet omezení v základních sebeobslužných aktivitách (ADL) seniorů s omezenou pohyblivostí žijících v jednočlenných domácnostech, kteří jsou příjemci péče, vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012



Zdroj: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory vážené na populaci

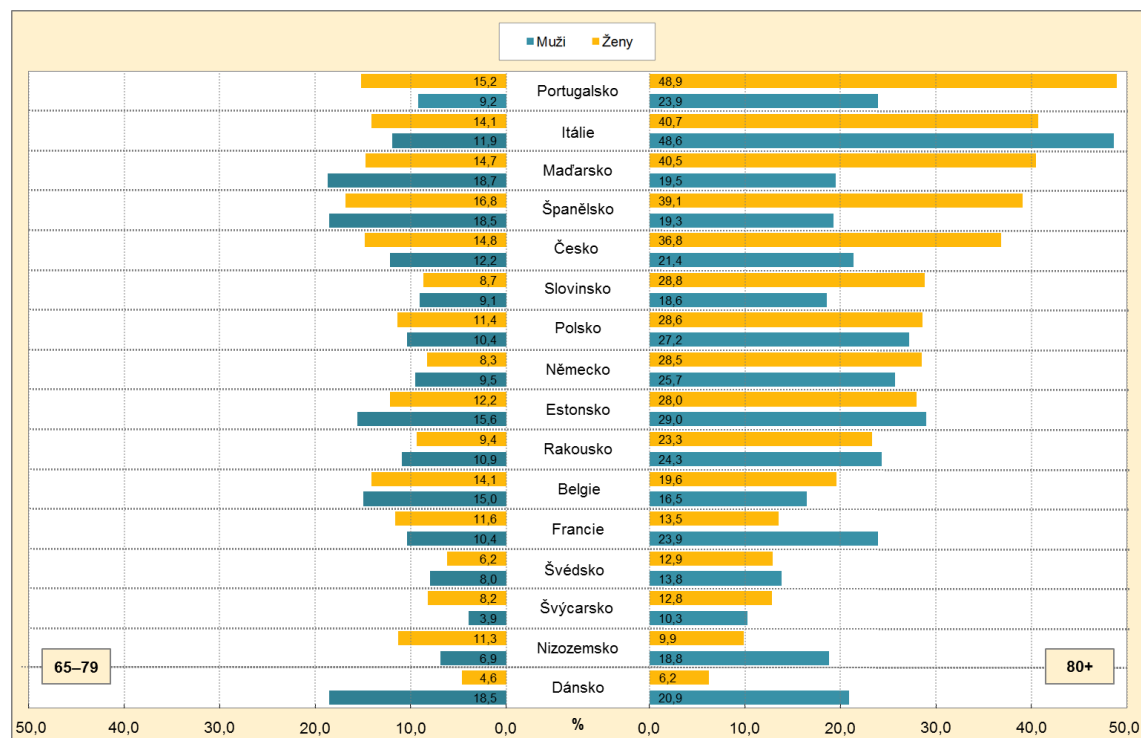
Na základě průměrného počtu omezení ve vykonávání základních všedních sebeobslužných aktivit (viz kapitola 4) seniorů žijících v jednočlenných domácnostech, jež jsou příjemci péče, se jeví struktura poskytované péče dle její intenzity (obr. 26) jasněji, i když přímá závislost zde neexistuje. Oproti celkové populaci jsou u jednočlenných domácností osob s fyzickým omezením častěji závažnější omezení muži oproti ženám.

6.2.2 Pomoc poskytovaná osobami v rámci domácnosti seniora

Příjemci pravidelné pomoci (denní nebo skoro denní po dobu alespoň 3 měsíců) při osobní péči (např. mytí, vstávání, nebo oblékání) od někoho ve společné domácnosti bylo 16,6 % seniorské populace (11,6 % do 79 let včetně a 29,4 ve věku 80 let a více).

Nejvyšší podíly seniorů, již byli příjemci péče v domácnosti, byly zjištěny v jihoevropských a východoevropských zemích (kromě Slovinska). Naopak nejmenší podíl seniorské populace tuto intenzivní péči v rámci domácnosti obdržel ve Švýcarsku, severských zemích a Nizozemsku. Ženy byly výrazně častěji příjemkyněmi péče než muži v Portugalsku, naopak v Dánsku podíl mužů značně převyšuje podíl žen. Obecně je v obou věkových skupinách na rozdíl od péče přijímané od osob mimo vlastní domácnost zaznamenáno více případů, kdy podíl příjemců mužů převyšuje podíl příjemkyň žen.

Obr. 30: Příjemci pravidelné osobní péče od osoby žijící ve společné domácnosti v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %), vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012



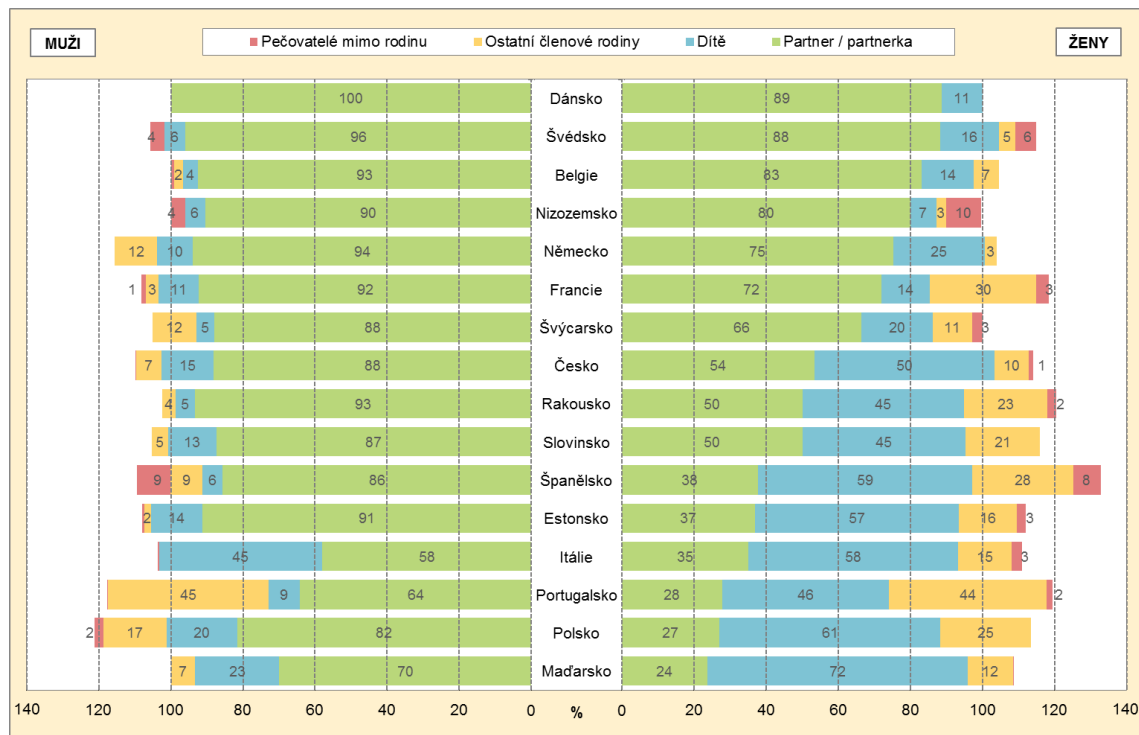
Zdroj: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory váženy na populaci

Poskytování péče v rámci domácnosti více osobami pochopitelně nebylo příliš častým jevem (obr. 31). Průměrný počet osob poskytující péči v domácnosti byl v souhrnu rovný 1,13, přičemž ve Španělsku (1,25), Portugalsku (1,19) a Polsku (1,16) je tato hodnota vyšší, a naopak nejnižších hodnot dosahuje Nizozemsko Dánsko, Švýcarsko a Belgie, kde naprosté většině respondentů poskytuje pomoc právě jedna osoba. Seniorům přijímajícím péči zevnitř domácnosti tak logicky poskytuje péči v průměru menší počet osob než v případě péče vně domácnosti. Naprostou většinu péče poskytnuté seniorovi v rámci domácnosti představuje péče rodinná.

Nejčastěji osobní péči osobě v domácnosti poskytoval partner (v souhrnu pro obě pohlaví z 54 %). Třetina péče (31 %) připadala na děti, 13 % pečovatelů tvořili ostatní členové rodiny a minimálně se na péči podílely osoby vně rodiny – v souhrnu 2 %. Velké rozdíly byly nalezeny mezi muži a ženami – v souhrnu průměrně mužům péči v domácnosti partnerka poskytovala z 81 %, dítě z 11 % a ostatní rodinní pečovatelé ze 7 %. Oproti tomu pro ženy partner představoval pečovatele v domácnosti pouze z poloviny (51 %), více než ze třetiny se na péči podílely děti (33 %) a ze 14 % ostatní členové rodiny.

Zatímco poskytování péče dítětem se příliš nevyskytovalo v severských a západoevropských zemích, relativně čtenější bylo v zemích jižní a východní Evropy. Jiní členové rodiny než děti péči v domácnosti poskytovali nejčastěji v Portugalsku. Rozložení poskytovatelů péče v domácnosti odráží strukturu domácností seniorů v jednotlivých zemích (obr. 10).

Obr. 31: Příjemci pravidelné osobní péče od osoby žijící ve společné domácnosti v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %), vybrané evropské země, šetření SHARE, 2010–2012



Zdroj: SHARE, 2013 – vlastní zpracování; výběrové soubory váženy na populaci

Kapitola 7

Závěr

Věkové struktury evropských populací prochází významnými proměnami. Ve vybraných šestnácti zemích se dle poslední projekce Eurostatu (2013) do roku 2080 zvýší podíl seniorů z dnešních 18 % na téměř třetinu populace, zvyšovat se přitom bude váha tzv. oldest old (starších seniorů) – ze současných 27 % jejich podíl ve struktuře seniorů vzroste na 43 %. V důsledku demografického stárnutí se také ve všech zemích dramaticky zvýší počet nejstarších seniorů připadajících na 100 osob ve věku odpovídajícím generacím jejich dětí, jakožto nejvýznamnějších poskytovatelů neformální péče poskytované mimo domácnosti seniorů. Na druhou stranu se však bude zmírňovat převaha žen nad muži v seniorských populacích, což do budoucna pravděpodobně zvýší počet žen žijících ve stáří po boku svého partnera a roli mužů jakožto poskytovatelů péče. Celá oblast dlouhodobé péče je totiž významně feminizovaná – ženy převažují mezi pečovatelkami v sektoru formální i neformální péče, a na straně poptávky tvoří z důvodu jejich vyšší křehkosti ve stáří (v kombinaci s nižší nadějí dožití mužů) také většinu příjemců péče. Z perspektivy dlouhodobé udržitelnosti systémů dlouhodobé péče je potřeba zajistit neformálním poskytovatelům, a především ženám, jež jsou zvláště ohroženy zhoršením psychického zdraví a chudobou při poskytování intenzivní péče, dostatečnou a komplexní podporu (umožnit jim souběh pracovních, rodinných a pečovatelských rolí, ochránit je na trhu práce apod.). Z výsledků výběrových šetření přitom vyplývá, že tato podpora je nedostatečná. Také bytové podmínky seniorů nejsou s ohledem na strategii „stárnutí v místě“ odpovídající.

Názory na ideální formu zajištění péče ve stáří se v jednotlivých zemích významně liší. Zatímco v severských zemích a v Nizozemsku je široce upřednostňovanou variantou poskytování profesionálních služeb ve vlastním domově, v zemích jižní a východní Evropy většina populace považuje za optimální způsob zajištění péče pro staré nemohoucí rodiče péči poskytovanou jejich dětmi.

V České republice v současné době neexistuje systém dlouhodobé péče, který by vymezoval služby pro nesoběstačné seniory. Fungují zde dva oddělené systémy zdravotních a sociálních služeb, jež se od sebe významně odlišují. Tato skutečnost je jednak v rozporu s principem komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky péče, které musí být poskytovány současně (Jarošová, 2007), a způsobuje také neefektivitu celého systému. Společnost FM Solutions zabývající se analýzou zdravotně sociálního systému odhadla, že tzv. skryté sociální hospitalizace společně s náklady vzniklými v důsledku špatné návaznosti jednotlivých typů

služeb a výdaji spojenými se zneužíváním příspěvku na péči celková suma neúčelně vynaložených prostředků činí deset miliard korun (Alföldi Šperkerová, 2014a). Závažným faktorem tohoto stavu je nerovnost mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení. Významné deficity představuje také nedostatečná informovanost klientů a chybějící role koordinátora péče na místní úrovni. Na základě výstupů projektu na podporu rozvoje komunitních služeb Institutu důstojného stárnutí (2014) se vzhledem k dosavadním zkušenostem zdá být řešením neuspokojivé situace v ČR využití stávající legislativy a výchova a vzdělávání státní správy i samosprávy k vytváření podmínek pro ucelenou podporu potřebných lidí na místní úrovni – tedy změna nikoliv shora od vlády, ale zdola, od obcí.

Česká republika se vyznačuje velice kvalitní péčí na začátku života, což dokládá velice nízká úroveň kojenecké úmrtnosti. Na základě zprávy o paliativní péči (ČSPM, 2013) však zaostává ve vývoji paliativní péče – tedy péče, jejíž potřeba vzrůstá na sklonku života, a to zejména s ohledem na možnosti zemřít doma. Další oblastí, ve které by mělo dojít ke změně, je přístup české společnosti ke starým lidem, který na základě výsledků výběrových šetření není příliš pozitivní. Nastupující mladá generace by měla být vedena k uznání přínosu seniorů pro společnost jejich bohatými životními zkušenostmi apod. Prodlužování lidského věku by mělo být vnímáno jako velký úspěch lidstva, nikoliv jako hrozící katastrofa.

Rozdíly v délce života prožitého bez disability jsou mezi zeměmi výraznější, než v případě střední délky života bez ohledu na kvalitu prožitých let. Muži v průměru ve vybraných zemích prožijí v seniorském věku 54 % a ženy 61 % let s omezenou soběstačností. Tato informace by měla být dostatečným argumentem pro nutnost zajištění odpovídajících služeb dlouhodobé péče ve všech zemích. Bilance mezi využíváním formální a neformální péče se mezi zeměmi podstatně liší, což je zapříčiněno komplexem politických, ekonomických, demografických a kulturních faktorů. Neplatí však, že v zemích s potenciálně vyššími požadavky na zajištění péče (z pohledu zdravotního stavu populace), je vyšší nabídka služeb. Nabídka veřejných služeb je na vysoké úrovni v severských a západoevropských zemích, zatímco v zemích jižní a východní Evropy služby využívá jen nízký podíl seniorů. Středoevropské země se z tohoto pohledu nacházejí mezi těmito skupinami. Rozvinutý systém služeb dlouhodobé péče přitom nevede ke snížení poskytování neformální péče, což bylo dokázáno analýzou poskytování domácí péče na základě šetření SHARE. Rozhodujícím faktorem je však intenzita poskytované péče. V zemích s nedostatečně rozvinutými systémy DP je poskytovaná péče soustředěnější (z hlediska počtu pečujících) a intenzivnější (z pohledu podílu seniorů, jimž je poskytována náročná péče uvnitř domácnosti a podílu seniorů, kterým pečovatelé poskytují časově náročnější formy péče). Vztah mezi poskytováním formální a neformální péče je tak v zemích s širokou nabídkou služeb spíše komplementární (náročnější péči obstará formální sektor), zatímco v zemích, kde nejsou rozšířené formální služby, musí náročnější péči zvládat neformální pečovatelé.

To také ovlivňuje účast neformálních pečovatelů na trhu práce. Zatímco v nordických zemích nemá poskytování neformální péče téměř žádný dopad na zaměstnanost, v zemích jižní Evropy je pečování spojeno s významným poklesem účasti na trhu práce (Colombo aj., 2011).

Na základě zjištění Gasiora aj. (2012) jsou také v zemích s vysoce rozvinutými službami dlouhodobé péče lidé nad 65 let dokonce spokojenější se svým životem, než celá populace.

Většina pomoci poskytované osobami mimo domácnost respondenta byla poskytnuta rodinnými pečovateli, v zemích severní a západní Evropy byla však výrazná také účast formálních pečovatelských a neformálních pečovatelských nepatřících do rodiny (přátelé, sousedi). Existující literatura se doposud soustředila většinou jen na rodinnou a formální péči. Výhledově však lze očekávat nárůst významu role přátel a sousedů. Jedním z faktorů tohoto předpokladu je zvyšování dostupnosti potenciálních pečovatelských (většinou jde o generaci příjemce péče). Druhým je skutečnost, že pro penzionované přátele a sousedy není péče tolik konfliktní z hlediska jejich jiných povinností a aktivit, jako u střední generace (Kalwij aj., 2014).

Struktura poskytovatelů péče uvnitř domácnosti byla odrazem struktury domácností seniorů v jednotlivých zemích. Zatímco v severských a západoevropských zemích se téměř nevyskytovaly případy, kdy seniorovi péči v domácnosti poskytuje korezidující dítě nebo jiný člen rodiny, v jižních a východních zemích je toto uspořádání domácností i v dnešní době poměrně časté.

V samotném závěru své diplomové práce bych si dovolila citovat ze zprávy OECD (2011), která dle mého názoru velice výstižně shrnuje situaci dlouhodobé péče ve vyspělých zemích v současnosti a pohlíží do její brzké budoucnosti.

„Přestože neformální pečovatelské jsou poskytovateli značné části dlouhodobé péče, jejich možnosti mají své meze, zejména v případě péče o osoby s vysokým stupněm závislosti. Přílišné spoléhání na rodinné pečovatele má nežádoucí dopady na jejich sociální situaci a zdravotní stav a na jejich postavení na trhu práce. Všechny země OECD proto potřebují profesionální služby dlouhodobé péče (institucionální, domácí i komunitní) a dobrou spolupráci mezi formálním a neformálním systémem péče. Budoucí poptávka po péči zvýší tlak na vlády i soukromý sektor, aby poskytovaly vysoce efektivní služby dlouhodobé péče. Nastavení mixu veřejných a soukromých zdrojů při financování dlouhodobé péče a zajištění dostatečné nabídky pracovníků jsou klíčovými otázkami, které budou muset řešit všechny země.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALFÖLDI ŠPERKEROVÁ, M. 2014a. Chaos v péči o nemohoucí seniory. *Lidové noviny*. 2014, 26. 6.
- ALFÖLDI ŠPERKEROVÁ, M. 2014b. Alzheimer je asi málo atraktivní. *Euro* [online]. 2014, č. 11 [cit. 2014-06-15]. Dostupné z WWW: <<http://euro.e15.cz/archiv/alzheimer-je-asi-malo-atraktivni-1070017>>.
- ALFÖLDI ŠPERKEROVÁ, M. 2013. Vysočinský pilot rozhodne. *Euro* [online]. 2013, č. 11 [cit. 2014-06-15]. Dostupné z WWW: <http://euro.e15.cz/archiv/vysocinsky-pilot-rozhodne-1017966#utm_medium=selfpromo&utm_source=e15&utm_campaign=copylink>.
- BONSANG, E. 2009. Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics* [online]. 2009, vol. 28, no. 1, [cit. 2014-05-11]. Dostupné z WWW: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.09.002>>.
- BÖRSCH-SUPAN, A. 2013. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology* [online]. 2013, vol. 105, no. 36, [cit. 2013-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/early/2013/06/18/ije.dyt088.full.pdf+html>>.
- BŘEŠŤAN, R. 2012. Stárnutí je velký problém, ale i příležitost. *Ekonom* [online]. 6. 3. 2014 [cit. 2014-05-06]. Dostupné z WWW: <<http://ekonom.ihned.cz/c1-61798310-starnuti-je-velky-problem-ale-i-prilezitost>>.
- CHRISTENSEN, K. aj. 2008. Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* [online]. 2008, vol. 105, no. 36, [cit. 2013-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.pnas.org/content/105/36/13274.full.pdf+html>>.
- COLOMBO, F. aj. 2011. *Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* [online]. Paris : OECD Publishing, 2011 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted>>.
- ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730–4801. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>>.
- ČESKO. Předpis č. 505/2006 Sb. – Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021. Dostupná také z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>>.

- ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění od 1. ledna 2012. In Sbirka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257–1289. Dostupný také z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/017/001999.pdf>>.
- ČSPM, 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013. *Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP* [online]. ČSPM, 12. 2. 2013 [cit. 2014-07-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>>.
- ČTK, 2014a. Domovy dostanou od VZP víc za ošetřování, když ukončí soudní spor. *České noviny* [online]. ČTK, 7. 7. 2014 [cit. 2014-07-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskenoviny.cz/domov/zpravy/domovy-dostanou-od-vzp-vic-za-osetrovani-kdyz-ukonci-soudni-spor/1099775>>.
- ČTK, 2014b. Ombudsmanka Šabatová varuje před nelegálními ústavy sociální péče. *České noviny* [online]. ČTK, 24. 6. 2014 [cit. 2014-06-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/ombudsmanka-sabatova-varuje-pred-nelegalnimi-ustavy-socialni-pece/1095026>>.
- ČTK, 2014c. Němeček představil 12 priorit, na něž se zaměří. *Medical Tribune* [online]. ČTK, 27. 6. 2014 [cit. 2014-08-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/33272-nemecek-predstavil-priorit-na-nez-se-zameri>>.
- ČTK, 2014d. Jihomoravský kraj bude řešit úhradu lůžek dlouhodobé péče. *Zdravotnictví a medicína* [online]. ČTK, 8. 8. 2014 [cit. 2014-08-15]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/jihomoravsky-kraj-bude-resit-uhradu-luzek-dlouhodobpece-476372>>.
- ČTK, 2012. Lidí s dávkou na péči přibývá, v r. 2020 jich bude o 100.000 víc. *České noviny* [online]. ČTK, 5. 9. 2012 [cit. 2013-06-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/lidi-s-davkou-na-peci-pribyva-v-r-2020-jich-bude-o-100-000-vic/836815>>.
- DLOUHÁ, P. 2012. Domov pro seniory? Luxus pro šťastlivce. Jaké jsou alternativy a kolik stojí? *Peníze.cz* [online]. 19. 3. 2012 [cit. 2013-06-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.penize.cz/duchody-a-davky/233061-domov-pro-seniory-luxus-pro-stastlivce-jake-jsou-alternativy-a-kolik-stoji>>.
- Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče (CELLO). 2011. *Dlouhodobá péče* [online]. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2011 [cit. 2013-08-22]. Dostupné z WWW: <http://www.cello-ilc.cz/?page_id=1565>.
- EHEMU. 2007. *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide*. [online]. Montpellier : Equipe Démographie et Santé, 2007 [cit. 2013-07-09]. Dostupné z WWW: <http://www.eurohex.eu/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf>.
- Euro-REVES. 2000. Selection of a Coherent Set of Health Indicators: A First Step Towards A User's Guide to Health Expectancies for the European Union. [online]. Montpellier : Euro-REVES, June 2000 [cit. 2014-08-03]. Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/indicators/docs/userguide_en.pdf>.

- European Union. 2012. *Long-Term Care for the elderly* [online]. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2012. [cit. 2013-06-20]. Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf>.
- GASIOR, K. aj. 2012. *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care* [online]. Vienna : European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2012. [cit. 2013-06-27]. Dostupné z WWW: <http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf>.
- GAYMU, J. aj. 2008. What family support will dependent elders have in 2030? *Population & Societies* [online]. 2008, no. 444, [cit. 2014-08-09]. Dostupné z WWW: <http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1357/publi_pdf2_pesa444.pdf>.
- GOMES, B. aj. 2013. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care* [online]. 2013, vol. 12, no. 7, [cit. 2013-04-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/12/7>>.
- GRUNDY, E.; JITLAL, M. 2007. Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991–2001: a record linkage study from England and Wales. *Age And Ageing*. 2007, roč. 36, č. 4, s. 424-30 [cit. 2013-05-11]. Dostupné z WWW: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/4/424.full>>.
- Hartmann. 2012. Nový zákon o dlouhodobé péči nebyl schválen. *Pomáháme léčit* [online]. HARTMANN – RICO, 2012 [cit. 2013-05-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.pomahamelecit.cz/novy-zakon-o-dlouhodobpe-peci-nebyl-schvalen>>.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1989. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. 416 s.
- HERLOFSON, K.; HAGESTAD G. O. 2011. Challenges in moving from macro to micro: Population and family structures in ageing societies. *Demographic research* [online]. 2011, vol. 25, article 10, [cit. 2013-06-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.demographic-research.org/volumes/vol25/10/>>.
- HOLMEROVÁ, I. aj. 2013. *Bedekr aktivního stárnutí* [online]. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2013. Dostupné z WWW: <<http://www.framprojekt.eu/vystupy-projektu?item=85>>.
- HOLMEROVÁ, I. aj. 2011. Vybrané aspekty zdravotní a dlouhodobé péče o stárnoucí populaci. *Demografie*. 2011, roč. 53, č. 2, s. 140–151.
- HOLMEROVÁ, I. aj. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie* [online]. Gerontologické centrum, 2007. Dostupné také z WWW: <<http://www.geriatrie.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf>>.
- HORECKÝ, J. 2012. Dlouhodobá péče v České republice. *Vysoká škola finanční a správní* [online]. Seminář: "Modely financování sociálních služeb", 25. 6. 2012, [cit. 2014-07-28]. Dostupné z WWW: <www.vsfs.cz/soubory/cse/prezentace_j_horecky.ppt>.
- HORECKÝ, J.; MERHAUTOVÁ, I. 2012. O dlouhodobé péči se mluví, méně je o ní veřejně známo. *Sestra* [online]. 2012, č. 5, [cit. 2013-06-01]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/o-dlouhodobpe-peci-se-mluvi-mene-je-o-ni-verejne-znamo-464778>>.

- HROBOŇ, P. 2011. Proč potřebujeme nově vymezit dlouhodobou péči? *Občan v síti* [online]. 2011, roč. 6, č. 1, [cit. 2013-06-01]. Dostupné z WWW: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2011_01.pdf>.
- iDNES, 2014. Stáří není legrace. Buď si upravte své bydlení včas, nebo si naspořte. *iDNES* [online]. iDNES, 7. 7. 2014 [cit. 2014-12-07]. Dostupné z WWW: <http://bydleni.idnes.cz/bydleni-pro-seniory-0qz-dum_osobnosti.aspx?c=A140706_141718_dum_osobnosti_rez>.
- Institut důstojného stárnutí (Diakonie). 2014. *Podpora rozvoje komunitních služeb* [online]. Institut důstojného stárnutí, 2014 [cit. 2013-08-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.dustojnestarnuti.cz/projekty/podpora-rozvoje-komunitnich-sluzeb/>>.
- JACOBZONE, S. aj. 2000. *Is the Health of Older Persons in OECD Countries Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?* [online]. OECD Economic Studies No. 30, 2000/I [cit. 2013-01-21]. Dostupné z WWW: <<http://78.41.128.130/dataoecd/31/20/2732545.pdf>>.
- JACOBZONE, S. 1999. *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives* [online]. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 38, OECD Publishing, 1999 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z WWW: <<http://dx.doi.org/10.1787/313777154147>>.
- JAGGER, C. aj. 2010. The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries [online]. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 63, no. 8. [cit. 2013-06-30]. Dostupné z WWW: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.11.002>>.
- JAGGER, C. 2011. Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe. [online]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 65 (11), pp. 1030-5 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fa26bb06-663e-4964-b853-c582df2922c5%40sessionmgr13&vid=5&hid=22>>.
- JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2007. 100 s.
- JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Praha : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s.
- JEŘÁBEK, H. aj. 2005. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. Praha : CESES FSV UK, 2005. 99 s. Dostupné také z WWW: <http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf>.
- JEŘÁBKOVÁ, V. 2009. Zdravotně-sociální péče o seniory v České republice [online]. Praha : Konference Reprodukce lidského kapitálu (Vzájemné vazby a souvislosti), 2009. Dostupné z WWW: <http://kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky_PDF/Jerabkova.pdf>.
- KALVACH, Z.; HOLMEROVÁ, I. 2008. Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén. *Medicina pro praxi* [online]. 2008, roč. 5, č. 2, [cit. 2014-06-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>>.

- KALVACH, Z. 2013b. *Situace v oblasti geriatrické medicíny, následné a dlouhodobé péče zvláště ústavní*. Umírání [online]. 15. 10. 2013, [cit. 2014-07-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/detail-clanek/situace-v-oblasti-geriatricke-mediciny-nasledne-a-dlouhodobpece-zvlaste-ustavni.html>>.
- KALVACH, Z. aj. 2006. Zdravotní stav ve stáří. Demografie. 2006, roč. 48, č. 4, s. 265–269.
- KALWIJ, A. 2014. Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors. *Review of Economics of the Household* [online]. 2014, roč. 12, č. 2, [cit. 2014-07-24]. Dostupné z WWW: <<http://dx.doi.org/10.1007/s11150-012-9159-4>>.
- KARMELITOVÁ, P. aj. 2005. *Problematika rodinných pečujících v MČ Praha 8 a Praha 7*. Výzkum pro Úřad MČ Praha 8. [cit. 2013-06-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.praha8.cz/file/jYc1/Analyza-potreb-rodinnych-pecujicich.ppt>>.
- KAŠPÁRKOVÁ, J. 2013. Plány Alzheimer – potřeba, nutnost nebo zbytečný přepych? *Geriatric a gerontologie*. 2013, č. 3. Dostupné z WWW: <<http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/plany-Alzheimer.pdf>>.
- KEILMAN, N.; CHRISTIANSEN, S. 2010. Norwegian Elderly Less Likely to Live Alone in the Future. *European Journal of Population* [online]. 2010, roč. 26, č. 1, [cit. 2013-05-09]. Dostupné z WWW: <<http://folk.uio.no/keilman/householdEJP.pdf>>.
- KLÍMOVÁ CHALOUPOKOVÁ, J. 2013. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*. Data a výzkum - SDA Info [online]. 2013, roč. 7 č. 2, [cit. 2014-08-06]. Dostupné z WWW: <http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf>.
- KLUSÁKOVÁ, P. 2012a. Dlouhodobá péče v ČR. *Zdravotnické noviny* [online]. 2012, č. 16, [cit. 2013-06-01]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/dlouhodobpece-v-cr-465869>>.
- KLUSÁKOVÁ, P. 2012b. Zpřesněme rozsah geriatrické péče. *Zdravotnické noviny* [online]. 14. 8. 2012, [cit. 2014-06-15]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/zpresneme-rozsah-geriatricke-pece-465918?category=profesni-aktuality>>.
- Koncept dlouhodobé péče v ČR. 2011. Portál sociální péče ve městě Brně [online]. 2011 [cit. 2013-06-28]. Dostupné z WWW: <http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/koncept_dlouhodobpece_v_cr.ppt>.
- KUCHAŘOVÁ, V. 2002. Život ve stáří: Zpráva o výsledcích empirického šetření. Praha : VUPSV, 2002. 89 s. Dostupné z WWW: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>>.
- KÜNN-NELEN, A., JÜRGES, H. 2013. Individual and social determinants of home death. In BÖRSCH-SUPAN, A. aj. (ed.). *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Berlin : De Gruyter, 2013, s. 265–274. Dostupné také z WWW:

- <<http://www.degruyter.com/view/books/9783110295467/9783110295467.265/9783110295467.265.xml?format=EBOK>>.
- LAFORTUNE, G. aj. 2007. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications* [online]. OECD Health Working Papers, 2007 [cit. 2013-06-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/els/soc/38343783.pdf>>.
- Lidové noviny, 2013. Vesnice pro seniory? Lepší než ústavy. MPSV [online]. MPSV, 11. 10. 2013 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/16390>>.
- LIŠKOVÁ, I. 2007. Transformace sociálních služeb pro seniory a její inspirace z Evropské unie. Praha 2007. 106 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra sociální práce.
- MACKOVÁ, M. 2009. Paliativní péče pro seniory – hudba budoucnosti? *Sestra* [online]. 2009, č. 1, [cit. 2014-06-22]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/paliativni-pece-pro-seniory-hudba-budoucnosti-417229>>.
- MAREK, J. 2014. Jaké změny se chystají u příspěvku na péči? *invArena* [online]. invArena, 16. 4. 2014 [cit. 2014-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.invarena.cz/?p=15716>>.
- MARIN, B. aj. 2009. *Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union. Background Paper to the Conference on Healthy and Dignified Ageing*. Stockholm, 15-16 September 2009. [citováno 2014-06-19] Dostupné z WWW: <http://www.euro.centre.org/data/1253632621_9637.pdf>.
- MATĚJKOVÁ, A. 2013 Geriatr a tzv. „sociální“ zařízení. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2013, č. 20, s. 173–174 [cit. 2014-05-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/ger-a-soc.pdf>>.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2011. 328 s.
- MÁTL, O. aj. 2009a. *Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích* [online]. Praha : Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 81 s. [cit. 2013-04-30]. Hypertextová verze dostupná z WWW: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+za+hranicemi_FINAL_3.pdf>.
- MÁTL, O. aj. 2009b. *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR: Identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení* [online]. Praha : Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 81 s. [cit. 2013-04-30]. Hypertextová verze dostupná z WWW: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava_celek.pdf>.
- MÁTL, O. aj. 2008. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR* [online]. Praha : Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008. 300 s. [cit. 2013-05-01]. Hypertextová verze dostupná z WWW: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>.
- MÁTL, O.; JABŮRKOVÁ, M. 2007. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha : Galén, 2007. 176 s.

- MANTON, K. G.; SOLDI B. J. 1992. Disability and Mortality Among the Oldest-Old: Implications for Current and Future Health and Long-term Care Service Needs. In SUZMAN, R. M.; WILLIS D. P.; MANTON K. G. (ed.). *The Oldest Old*. New York : Oxford University Press, 1992, s. 199–250.
- Maxdorf. 2008–2013. *Velký lékařský slovník* [online]. Maxdorf, c2008–2013 [cit. 2013-07-18]. Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz>>.
- MPSV. 2013a. *Pečovatelská služba* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2013-07-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/13368>>.
- MPSV. 2013b. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf>.
- MPSV. 2013c. *Příloha k materiálu Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/Podkladova_studie.pdf>.
- MPSV. 2010. *Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí a Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010 [cit. 2013-06-03]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf>.
- MPSV. 2005. *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005 [cit. 2013-06-15]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1342/zprava_zdravotni_pece.pdf>.
- MPSV. 2004. *Národní zpráva o rodině* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004 [cit. 2013-07-15]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava_b.pdf>.
- MYSLÍKOVÁ, Z. 2006. *Dlouhodobá zdravotně sociální péče*. Praha, 2006. 76 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Institut ekonomických studií.
- Domácí péče. 2006. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. 2006 [cit. 2013-07-18]. Koncepce domácí péče. Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>>.
- OECD. 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators* [online]. OECD Publishing, 2013 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z WWW: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en>.
- OECD. 2005. *Long-term Care for Older People* [online]. OECD Publishing, 2005 [cit. 2012-06-18]. Dostupné z WWW: <http://www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf>.
- PAVOLINI, E., RANCI, C. 2008. Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in western European countries. *Journal of European Social Policy* [online]. 2008, roč. 19, č. 3, [cit. 2014-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://rszarf.ips.uw.edu.pl/welfare-state/ranci.pdf>>.
- POMMER, E. aj. 2007. *Comparing Care: The care of the elderly in ten EU-countries* [online]. The Hague : The Netherlands Institute for Social Research, 2007 [cit. 2012-11-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.scp.nl/english/content.jsp?objectid=21604>>.

- RIBBE, M. W. aj. 1997. Nursing homes in 10 nations. *Age and Ageing* [online]. 1997, roč. 26, č. 2, [cit. 2014-06-20]. Dostupné z WWW: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/3.full.pdf>.
- ROBINE, JM.; CAMBOIS, E. 2013. Healthy life expectancy in Europe. *Population & Societies* [online]. 2013, no. 499, [cit. 2013-06-27]. Dostupné z WWW: <http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1639/publi_pdf2_population_societies_2013_499_life_expectancy.pdf>.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2011. Demografické faktory stárnutí. *Demografie*. 2011, roč. 53, č. 2, s. 97–108.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2002. Úspěšné stárnutí – leitmotiv 21. století. *Demografie*. 2002, roč. 44, č. 1, s. 43–46.
- ŘEHÁKOVÁ, B. 2000. Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis*. 2000, roč. 36, č. 4, s. 475–492. Dostupné také z WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/uploads/5f6961faa17dd98a67cfb71a5205469d297369f5_372_475REHAK.pdf>.
- SLÁMA, O. aj. 2013. Quo vadis, česká paliativní péče? *Lékařské listy*. 2013, č. 4. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/quo-vadis-ceska-paliativni-pece-469985>>.
- Sociální služby. 2008–2011. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. Magistrát hl. m. Prahy, 2008–2011 [cit. 2013-08-06]. Dostupné z WWW: <http://socialni.praha.eu/jnp/cz/nejcasteji_kladene_otazky/socialni_sluzby/index.html>.
- STUCK, S. aj. 2013. *Release Guide 1.1.1 Wave 4* [online]. SHARE, 2013. [cit. 2013-05-20]. Dostupné z WWW: <http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_wave_4_release_guide_1.1.1.pdf>.
- SULLIVAN, DF. 1971 A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep* 1971, 86, 347–54.
- SVOBODOVÁ, K. 2006. Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory. *Demografie*. 2006, roč. 48, č. 4, s. 256–261.
- TRIANTAFILLOU, J. aj. 2010. *Informal care in the long-term care system. European Overview Paper*. Project Interlinks. Athens/Vienna, 2010. [citováno 2014-06-19] Dostupné z WWW: <http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf>.
- ÚŘAD VLÁDY ČR. 2012. *Investice pro evropskou konkurenceschopnost: Příspěvek České republiky ke Strategii Evropa 2020 (Národní program reformy České republiky 2012)* [online]. Úřad vlády České republiky, duben 2012. [cit. 2013-06-03]. Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2012_czech_cs.pdf>.
- VÁLKOVÁ, M. aj. 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010. 83 s. [cit. 2013-06-04]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobá_pece_CR.pdf>.

- VEPŘEK, P. 2011. Idea propojení zdravotního a sociálního pojištění. HARTMANN – RICO [online]. 2011 [cit. 2014-07-28]. Dostupné z WWW: <http://cz.hartmann.info/images/12_MUDr._Pavel_Veprek_Idea_propojeni_zdravotniho_a_socialniho_pojisteni.pdf>.
- VLÁDA ČR. 2014. *Programové prohlášení vlády ČR* [online]. Vláda České republiky, 14. 2. 2014 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove-prohlaseni-vlady-cr-115911/>>.
- VOHRÁLÍKOVÁ, L.; RABUŠIC, L. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra* [online]. Brno : Výzkumné centrum VÚPSV, 2004. 90 s. [cit. 2013-06-09]. Dostupné z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf>.
- WHO. 2012. Defusing the demographic “time-bomb” in Germany. Bulletin of the World Health Organization [online]. 2012, roč. 90, č. 1 [cit. 2014-07-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/1/12-020112/en/>>.
- WHO. 2008. *Home care in Europe: Solid facts* [online]. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2008. 36 s. [cit. 2013-21-06]. Dostupné z WWW: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf>.
- WHO. 2004. *Better Palliative Care for Older People* [online]. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. 41 s. [cit. 2013-21-06]. Dostupné z WWW: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf>.
- WIJA, P., HOLMEROVÁ, I. 2013. *Dlouhověkost – výzvy a příležitosti pro zdraví a dlouhodobou péči* [online]. XLIII. konference České demografické společnosti, 2013. [cit. 2013-08-29]. Dostupné z WWW: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/06/13_Wija-Holmerova.pdf>.
- WOLF, J. aj. Umění žít a stárnout. Praha : Svoboda, 1982. 368 s.
- HARTMANN. 2012. Nový zákon o dlouhodobé péči nebyl schválen. *Pomáháme léčit* [online]. HARTMANN – RICO, 2012 [cit. 2013-05-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.pomahamelecit.cz/novy-zakon-o-dlouhodobpece-nebyl-schvalen>>.
- Zdravotnické noviny. 2014. Riziko diskriminační demedicinalizace starých nemocných lidí existuje. *Zdravotnické noviny* [online]. 2014, roč. 63, č. 10 [cit. 2014-05-07]. Dostupné z WWW: <http://issuu.com/ambitmedia/docs/zn_8_150>.
- Zdravotnické noviny. 2012. Hlavními problémy dlouhodobé péče jsou její definice a financování. *Institut pro veřejnou diskuzi* [online]. Zdravotnické noviny, 16. 7. 2012 [cit. 2013-05-29]. Dostupné z WWW: <http://www.ivd.cz/cs/informace_pro_tisk/napsali_o_nas/1933-hlavnimi-problemy-dlouhodobpece-jsou-jeji-definice-a-financovani>.

SEZNAM POUŽITÝCH DATOVÝCH ZDROJŮ

- Český statistický úřad. 2013. *Demografická ročenka České republiky 2012* [online]. [cit. 2014-05-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/4019-13>>.
- Český statistický úřad. 2012. *Statistická ročenka České republiky 2012: Sociální zabezpečení* [online]. [cit. 2013-05-25]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/0001-12-r_2012-2500>.
- Český statistický úřad. 2008. *Demografická ročenka České republiky 2007* [online]. [cit. 2013-05-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/4019-08-2007>>.
- Eurofound. 2013. *Third European Quality of Life Survey – Quality of society and public services* [online]. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2013 [cit. 2014-07-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1264.htm>>.
- European Commission. 2012a. *Special Eurobarometer 378: Active Ageing report* [online]. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2012 [cit. 2013-05-30]. Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf>.
- European Commission. 2012b. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060) [online]. Brusel : Directorate-General for Economic and Financial Affairs of the European Commission, 2012 [cit. 2013-06-17]. Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf>.
- European Commission. 2012c. Eurobarometer 67.3 (May-Jun 2007). TNS OPINION & SOCIAL, Brussels [Producer]. GESIS Data Archive, Cologne. ZA4561 Data file Version 2.1.0, doi:10.4232/1.10985.
- European Commission. 2009. Flash Eurobarometer 269: Intergenerational solidarity Analytical report [online]. Directorate General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009 [cit. 2013-05-30]. Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_269_en.pdf>.
- EUROSTAT. 2011. *Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012* [online]. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2011 [cit. 2013-07-03]. Dostupné z WWW: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF>.
- Eurostat. 2014. EUROPOP2013 - Convergence scenario [online]. [cit. 2014-06-19]. Dostupné z WWW: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>>.

- Eurostat. 2013. Life table [online]. [cit. 2014-06-19]. Dostupné z WWW: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlifetable&lang=en.
- Eurostat. 2009. Census 2001 round (national level) – households: Population by sex, age and household status [online]. [cit. 2013-06-25]. Dostupné z WWW: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=cens_01nhdtype&lang=en.
- MPSV. 2013d. *Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2013-07-28]. Dostupné z WWW: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/prispevek_pece.pdf.
- MPSV. 2013e. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2012* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16801/final_press_zakladni_ukazatele_CZ.pdf.
- MPSV. 2013f. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2012* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16366/rocenka_2012.pdf.
- MPSV. 2011a. *Analýza příjemců příspěvku na péči a potenciálních klientů dlouhodobé péče* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2013-06-12]. Dostupné z WWW: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Analyza_prijemcu.pdf.
- MPSV. 2011b. *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2013-08-07]. Dostupné z WWW: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Financni_toky.pdf.
- MPSV. 2008. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2007* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008 [cit. 2014-06-14]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6049/casove_rady.pdf.
- MZ ČR. 2014. *Návrh systémových změn v oblasti veřejného zdravotního pojištění* [online]. Ministerstvo zahraničí České republiky, 2014 [cit. 2014-08-10]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=20209&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.word&nazev=Materi%C3%A1l.docx>.
- STEM/MARK. 2011. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné – soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů* [online]. STEM/MARK a. s., 2011 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>.
- OECD. 2013. *OECD Statistics*. [online]. [cit. 2013-05-10]. Dostupné z WWW: <http://stats.oecd.org/>.
- SHARE. 2013. Datový soubor Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (4. vlna, sběr 2010–2012) [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z WWW: http://cdata28.uvt.nl/sharedatadissemination/releases/show/w4_111.
- ÚZIS. 2013a. *Lůžková péče* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2013. [cit. 2014-05-05]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>.

- ÚZIS. 2013b. *Zdravotnická ročenka ČR* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2013. [cit. 2014-05-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>.
- ÚZIS. 2013c. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2013. [cit. 2014-05-05]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-nemocnicich-cr-2012>>.
- ÚZIS. 2010–2013. *Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2013. [cit. 2014-07-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>>.
- ÚZIS. 2001–2013. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2000–2012* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2001–2013. [cit. 2014-01-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>>.
- VZP ČR. 2013. *Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2012 : zdrojové tabulky*. Praha : VZP ČR, 2013. Dostupné z WWW: <<http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/rocenky>>.

PŘÍLOHY

Tab. 1: Naděje dožití bez disability ve věku 65 let a související intervaly spolehlivosti, vybrané země, muži a ženy, 2011	125
Tab. 2: Kvalita služeb dlouhodobé péče a index dosažitelnosti péče (průměr v dané zemi), vybrané země, výběrové šetření Eurofound, 2011–2012	126
Tab. 3: Výběrový soubor populace seniorů ve věku do 79 let a nad 80 let (včetně) – přesný věk, vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012.....	127

Tab. 1: Naděje dožití bez disability ve věku 65 let a související intervaly spolehlivosti, vybrané země, muži a ženy, 2011

Naděje dožití bez disability ve věku 65 let						
	muži			ženy		
	hodnota	dolní interval	horní interval	hodnota	dolní interval	horní interval
Belgie	8,4	7,9	9,0	7,7	7,1	8,3
Česko	5,8	5,4	6,3	5,1	4,7	5,5
Dánsko	9,7	8,9	10,5	10,7	9,8	11,5
Německo	6,6	5,9	7,4	6,5	5,7	7,4
Estonsko	4,7	4,4	5,1	8,2	7,8	8,6
Španělsko	10,5	9,9	11,1	9,7	9,1	10,4
Francie	8,5	8,0	9,1	9,2	8,6	9,7
Itálie	9,7	9,1	10,3	7,8	7,1	8,4
Maďarsko	5,6	5,0	6,1	5,5	4,9	6,2
Nizozemsko	9,3	8,6	10,0	8,6	7,7	9,4
Rakousko	8,3	7,8	8,9	8,2	7,7	8,8
Polsko	4,9	4,2	5,6	5,7	4,9	6,5
Portugalsko	7,8	6,9	8,6	8,0	7,0	8,9
Slovinsko	7,7	7,0	8,4	8,9	8,1	9,7
Švédsko	9,4	8,7	10,1	10,4	9,6	11,2
Švýcarsko	12,0	11,4	12,7	12,8	12,0	13,6

Zdroj: Eurostat, 2013; SHARE, 2013

Tab. 2: Kvalita služeb dlouhodobé péče a index dosažitelnosti péče (průměr v dané zemi), vybrané země, výběrové šetření Eurofound, 2011–2012

	Kvalita služeb dlouhodobé péče – průměr	Index dosažitelnosti dlouhodobé péče – průměr	Počet pozorování (pro výpočet indexu dosažitelnosti dlouhodobé péče)
Rakousko	7.05	0.83	81
Belgie	7.09	1.40	185
Česko	5.95	-0.06	126
Německo	6.41	0.59	378
Dánsko	6.70	1.62	183
Estonsko	5.32	-0.92	63
Španělsko	6.15	0.47	181
Francie	6.52	0.45	475
Maďarsko	5.20	-0.55	65
Itálie	5.20	-0.45	262
Nizozemsko	6.64	1.47	218
Polsko	4.86	-0.14	158
Portugalsko	5.40	-0.25	62
Švédsko	5.67	1.13	117
Slovinsko	6.12	-0.73	160
EU27	5.84	0.39	4462

Zdroj: Eurofound, 2013

Tab. 3: Výběrový soubor populace seniorů ve věku do 79 let a nad 80 let (včetně) – přesný věk, vybrané evropské země, muži a ženy, šetření SHARE, 2010–2012

country identifier * do 79 a nad 80 Crosstabulation					
Count					
male or female			do 79 a nad 80		Total
			1	2	
male	country identifier	Austria	899	201	1100
		Germany	406	86	492
		Sweden	486	149	635
		Netherlands	523	124	647
		Spain	702	247	949
		Italy	774	190	964
		France	889	294	1183
		Denmark	378	100	478
		Switzerland	690	163	853
		Belgium	775	259	1034
		Czechia	1054	217	1271
		Poland	334	96	430
		Hungary	488	98	586
		Portugal	384	67	451
		Slovenia	454	111	565
		Estonia	1137	275	1412
		Total	10373	2677	13050
female	country identifier	Austria	1166	315	1481
		Germany	364	94	458
		Sweden	534	154	688
		Netherlands	555	160	715
		Spain	756	340	1096
		Italy	810	205	1015
		France	1094	509	1603
		Denmark	383	156	539
		Switzerland	724	215	939
		Belgium	899	367	1266
		Czechia	1360	338	1698
		Poland	368	137	505
		Hungary	617	161	778
		Portugal	415	124	539
		Slovenia	544	196	740
		Estonia	1723	532	2255
		Total	12312	4003	16315

Zdroj: SHARE, 2013